

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 106.

ÉTUDE
SUR LES
KYSTES DOUBLES DES OVAIRES
ET QUELQUES
OVARITES BILATÉRALES
AVEC GROSSESSE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 1^{er} Mars 1899
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Spiridion S. DIVARIS

Né le 15 juin 1876, à Céphalonie (Grèce).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 106.

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES DOUBLES DES OVAIRES

ET QUELQUES

OVARITES BILATÉRALES

AVEC GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

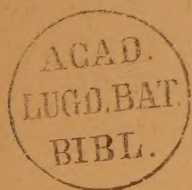
Et soutenue publiquement le 4^{er} Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Spiridion S. DIVARIS

Né le 15 Juin 1876, à Céphalonie (Grèce).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, *Président*; M. WEILL, *Assesseur*;
MM. CONDAMIN et COURMONT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MERE

A MON CHER ONCLE P. DIVARIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FOCHIER

Chevalier de la Légion d'honneur,

ÉTUDE
SUR LES
KYSTES DOUBLES DES OVAIRES
ET QUELQUES
OVARITES BILATÉRALES
AVEC GROSSESSE

INTRODUCTION

Nous avons entrepris, sous l'instigation de M. le professeur agrégé Condamin, l'étude des kystes dermoïdes doubles des ovaires avec grossesse comme sujet de notre thèse inaugurale. Voulant étendre davantage cette importante question et signaler les autres affections des ovaires qui permettent quand même la grossesse, nous nous sommes adressé à M. le professeur Fochier, qui nous a conseillé de chercher des observations de kystes doubles en général et d'ovarites bilatérales avec grossesse. Nous en avons obtenu un assez grand nombre ; les plus importantes de ces observations figurent dans le cours de ce travail.

Nous avons voulu aussi nous rendre compte de l'état histologique de quelques-uns de ces kystes enlevés et, à ce propos, M. le D^r Fabre, chef du laboratoire de la clini-

que obstétricale, a eu l'obligeance de nous faire quelques préparations, espérant rencontrer quelque portion de tissu ovarien sain. Malheureusement, toutes nos tentatives ont été négatives.

On n'a pu rencontrer nulle part une parcelle de tissu ovarien qui puisse être considérée comme apte à la fécondation.

Par contre, en lisant d'autres observations, nous avons vu que l'examen histologique d'ovaires kystiques enlevés révélait quelque portion de tissu ovarien absolument normal, ce qui expliquait suffisamment la coexistence de ces lésions doubles avec la grossesse.

Nous ne saurions entrer dans l'étude de notre sujet sans remercier tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Lyon pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué pendant nos études médicales.

M. le professeur Fochier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes vivement reconnaissant pour l'honneur qu'il nous fait.

C'est à M. le professeur agrégé Condamin que nous devons encore une large part de reconnaissance pour son amabilité et ses conseils précieux qui nous ont servi à la rédaction de cette étude.

Notre sympathique consul, M. le Dr Artaud, a droit à notre profonde gratitude pour les réels services qu'il nous a toujours rendus avec son exquise courtoisie.

C'est avec un grand plaisir que nous pouvons adresser d'ici nos sincères remerciements à M. Fabre, ex-chef de clinique obstétricale, pour l'extrême obligeance dont il a fait preuve à notre égard.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE

Au point de vue histogénique, on a divisé les tumeurs de l'ovaire en néoplasmes d'origine connective et néoplasmes épithéliaux. Le premier groupe, tumeurs desmoïdes, comprend les fibromes, les sarcomes, les myxomes, tumeurs très rares, surtout les dernières. Le second groupe, tumeurs épithéliales, renferme les cystomes, les carcinomes ou épithéliomas alvéolaires et les adénomes ou épithéliomas mucoïdes.

Au point de vue clinique, la meilleure division est celle qui distingue les tumeurs solides et les tumeurs kystiques. Ces dernières étant incomparablement les plus fréquentes méritent d'abord d'attirer l'attention du clinicien ¹.

On divise les kystes de l'ovaire de la façon suivante :

- I. *Kystes prolifères ou prolifères glandulaires ;*
- II. *Kystes prolifères ou prolifères papillaires ;*
- III. *Kystes dermoïdes simples ou mixtes ;*
- IV. *Kystes parovariens comprenant eux-mêmes diverses espèces, hyalins, papillaires, dermoïdes.*

¹ Pozzi, *Traité de gynécologie*, 1897.

I et II. — **Kystes proligères ou prolifères.** —

Sans insister sur leur volume, leur forme et leur couleur, nous passons très rapidement à leur configuration intérieure. La conformation intérieure de ces kystes varie beaucoup quant au nombre des poches et quant à leur contenu. On les désigne sous les noms de kystes aréolaires uniloculaires et kystes multiloculaires. Les premiers sont dus à la destruction des cloisons intermédiaires dont on retrouve les vestiges sous forme d'éperons ou de trabécules. Dans ces kystes réputés uniloculaires, l'histologiste découvre presque toujours dans la paroi un certain nombre de cavités secondaires. La poche kystique peut souvent être dissociée en trois couches distinctes: l'externe est fibreuse, la moyenne conjonctive, l'interne est formée d'un réseau capillaire que recouvre l'épithéliome.

Le kyste proligère glandulaire est caractérisé par l'abondance de petites glandes dans la paroi du kyste.

Les tubes glandulaires de nouvelle formation se transforment en kystes par un processus spécial.

Le kyste prolifère papillaire présente les indices d'une prolifération conjonctive prédominante. Le tissu conjonctif forme des bourgeons qui font saillie dans la cavité kystique qui, à son tour, peut être remplie et distendue au point de crever et faire saillie à l'extérieur. Alors le kyste change complètement d'aspect, les produits de sécrétion tombent dans le péritoine et y provoquent, avec l'ascite, la production métastatique de masses papillaires disséminées.

Pathogénie des kystes proligères de l'ovaire. — La genèse des kystes proligères de l'ovaire a donné lieu à de

très nombreuses controverses qui ne sont pas encore épuisées. La question a été traitée par beaucoup d'auteurs ; elle n'entre cependant dans la vraie voie scientifique qu'avec Cruveilhier. Cet auteur considérait les tumeurs kystiques comme une simple hydropisie des follicules de Graaf. Rokitanski les faisait développer aux dépens des corps jaunes. Virchow n'y voyait qu'une dégénérescence colloïde entraînant la formation d'alvéoles dans le stroma ovarien et, plus tard, à un épithéliome pour les tapisser. Pflüger les faisait provenir des tubes qu'il a décrits dans l'ovaire et dont il admet la formation périodique, comme chez l'adulte. Valdeyer les croyait dérivés de l'épithéliome spécial qui tapisse la face péritonéale de l'ovaire, connu sous le nom d'épithéliome germinatif. Malassez et de Sinety défendent l'invagination de l'épithéliome germinatif, la formation des tubes végétant en profondeur, dont l'oblitération donnerait naissance aux kystes.

Si l'on examine toutes ces théories, on verra qu'aucune n'est générale et toutes sont insuffisantes, comme l'a si bien dit M. le professeur Bard¹. Les travaux originaux de cet auteur sur la spécificité cellulaire ont ruiné toutes ces théories antérieures. Ce que les classiques désignent sous le nom de *kystes proligères de l'ovaire* ne sont, d'après M. Bard², que des tumeurs fœtales de l'endoderme ou kystes mucoïdes de la forme adulte. Elles possèdent les diverses formes épithéliales des revêtements muqueux qui, toutes, constituent des types spécifiques possédant

¹ Trévoux, *Des tumeurs à tissus multiples*, thèse, Lyon, 1888.

² L. Bard, *Archives de physiologie*, 1886, et *Lyon médical*, 1888.

d'autre part leur série néoplasique propre. Ils émanent de la cellule nodale du revêtement muqueux ; l'expression de kystes mucoïdes convient parfaitement aux tumeurs développées aux dépens de la cellule fœtale du revêtement muqueux ; mais ce terme de mucoïde doit alors être compris dans ce sens restreint, et ne comporte aucune idée de dégénérescence. Le contenu de ces kystes est un produit de sécrétion et d'évolution normales.

III. Kystes dermoïdes. — Ces kystes sont le plus souvent d'un petit volume, mais ils peuvent devenir très volumineux quand ils se combinent avec des kystes proligères ou par le fait d'une poussée inflammatoire. Ils sont beaucoup moins fréquents que les kystes proligères ; leur fréquence est évaluée à 3,5 pour 100. Leur surface interne est tapissée par une membrane qui présente tous les caractères de la peau. On y voit une couche cornée, formée de plusieurs rangées de cellules plates, puis sphériques, dans le réseau de Malpighi. A la surface du derme existent des papilles et des poils implantés dans des follicules pileux ; on a trouvé aussi des glandes sudoripares. Les cheveux que l'on rencontre sont longs, agglutinés par de la matière sébacée et roulés en peloton ; on trouve aussi assez fréquemment dans ces kystes des dents et des os, et plus rarement des fibres musculaires lisses et striées, des ongles, de la substance nerveuse grise.

Origine des kystes dermoïdes. — Depuis fort longtemps, la genèse des kystes dermoïdes souleva dans le monde médical des contradictions, et les opinions les plus invraisemblables ont été exposées durant ces derniers

siècles. Nous ne nous proposons pas d'entrer dans les discussions, ni dans les différentes théories pathogéniques énoncées à propos de ces tumeurs. Nous exposerons seulement sur ce sujet, aussi brièvement que possible, les idées nouvellement acquises et répondant le mieux aux exigences de cette étude.

Les auteurs n'ont pas été sans imagination pour interpréter la genèse de ces anomalies congénitales, que nous appelons aujourd'hui kystes dermoïdes.

Le moyen âge essaie d'expliquer l'origine des kystes dermoïdes par la théorie des incubes.

En 1815, Meckel énonça la théorie de *lucina sine concubita*, qui a été le point de départ pour une théorie ultérieure, celle de la parthénogenèse.

Ce n'est qu'avec Cruveilhier que la question entre dans la vraie phase scientifique. Ce savant émit l'opinion que les kystes dermoïdes reconnaissent également deux causes : la grossesse extra utérine et l'inclusion fœtale parasitaire. L'hétérotopie plastique trouva dans la plume de Lebreton un ardent défenseur ; cette théorie n'est en somme qu'une plaidoirie en faveur de l'indifférence cellulaire de Virchow. Dans la même époque Verneuil avança la théorie de l'enclavement. En dernier lieu, nous citerons la théorie de la parthénogenèse, elle remonte à Meckel, mais elle n'a été sérieusement étudiée que dernièrement par Valdeyer et Duval ¹.

Dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons nous attacher à aucune de toutes ces théories ; comme nous

¹ Répin, *Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire*, thèse, Paris, 1891.

l'avons fait précédemment en parlant des kystes prolifères ou mucoides, nous nous déclarons partisan de la séduisante et ingénieuse théorie de M. Bard. Toujours est-il d'après cette théorie que les kystes dermoïdes des ovaires sont des tumeurs à tissus multiples, c'est-à-dire constituées par des éléments cellulaires multiples appartenant à des espèces ou à des variétés cellulaires différentes, se développant par l'élément côte à côte sans qu'il soit possible d'attribuer, au début, une influence quelconque d'un de ces tissus sur le développement des autres. Ces tumeurs ont une origine unicellulaire et la cellule initiale est ici une cellule nodale de l'embryon reproduisant ultérieurement, à l'état pathologique, les tissus multiples auxquels elle devait donner naissance physiologiquement. La multiplicité de ces tumeurs est assez fréquente. La bilatéralité en est presque la règle. Trévoux explique ce fait de la façon suivante : « la multiplicité des foyers néoplasiques n'est qu'apparente, elle est le fait du morcellement d'un foyer primitivement unique, dont les diverses tumeurs ne sont que les fragments séparés les uns des autres, morcellement et dispersion du foyer primitif qui résultent du développement naturel des organes dans lesquels la tumeur a pris naissance ¹. » Nous ne pouvons pas terminer ce chapitre de pathogénie sans reproduire la théorie qui a été formulée ainsi par M. Bard : « Dans ma manière de voir, dit-il, les kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont qu'un cas particulier des tumeurs à tissus multiples ; celles-ci sont de véritables tumeurs indépendantes de toute fécondation ainsi que de toute parthénogénèse, et ne diffèrent des tumeurs à tissu

¹ Trévoux, *loc. cit.*

unique que pour cette raison qu'elles ont pris naissance pendant la vie foetale : elles reconnaissent pour origine la multiplication pathologique, néoplasique d'une cellule complexe de l'embryon apte à donner naissance à des tissus d'autant plus multiples qu'elle est située plus près de l'ovule primitif. On doit même admettre, en poussant la théorie à ses dernières limites, l'existence de tumeurs prenant naissance de l'une des cellules nées de la première prolifération de l'ovule fécondé, avant tout dédoublement et pouvant dès lors, produire par son développement ultérieur un véritable embryon monstrueux qui ne se distinguerait d'une diplogénèse normale, donnant naissance à des jumeaux que par le caractère imparfait et abortif du produit¹.»

IV. **Kystes parovariens.** — On les décrit habituellement sous le nom de kystes de parovarium ou de l'organe de Rosenmüller. Ils ont une paroi et un contenu transparent. Quelques auteurs ont émis une opinion différente de la classique quant à leur genèse. A. Doran les considère comme de simples kystes lacuneux ou hygroma sous-séreux de Verneuil. Mangin les fait provenir du tissu conjonctif indépendamment du parovarium. De Sinety considère comme très douteux leur développement aux dépens de l'organe de Rosenmüller. Leur fréquence monte à 11,3 0/0. On les a divisés en deux catégories : *kystes parovariens hyalins* et *kystes parovariens papillaires*.

Les kystes appartenant à la première catégorie sont ordinairement uniloculaires. Ils se composent d'une poche

¹ Bard, *Garz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 521, 1893.

qui est très mince et recouverte par les feuillets du ligament large. La trompe est accolée à la surface du kyste. L'ovaire est rejeté sur le côté externe, parfois aplati, mais toujours très distinct. Le contenu est un liquide très clair.

La seconde catégorie comprend les kystes parovariens papillaires : ils ont un contenu visqueux, leur paroi présente des végétations papillaires, ils sont toujours uniloculaires. Ces kystes, ordinairement de nature bénigne, peuvent acquérir parfois une grande malignité. Lawson Tait cite le cas d'une malade qui, opérée pour un kyste parovarien simple, en apparence, présenta, six semaines après, de l'infection ganglionnaire, et succomba en trois mois à la suite des métastases cancéreuses dans divers organes.

CHAPITRE II

APERÇU GÉNÉRAL SUR QUELQUES OVARITES

Avec les derniers travaux scientifiques sur l'inflammation de ce qu'on appelle les annexes de l'utérus, l'ovarite proprement dite a perdu toute sa valeur comme entité morbide distincte et individuelle. Les lésions des ovaires sont le plus souvent solidaires de celles des trompes. Il est très difficile de décrire, au point de vue clinique, une ovarite qui ne soit pas une salpingo-ovarite. On fait cependant une exception pour l'ovarite sclérokytique, qui est parfois sans salpingite, et prend naissance dans des troubles nutritifs spéciaux et à la suite du varicocèle tubo-ovarien. Les ovarites ne trouvent aujourd'hui leur place que dans les études microscopiques.

Nous empruntons donc en entier le passage suivant relatif à la lésion des ovaires dans l'excellent travail de MM. Cornil et Terrillon¹.

« *Lésions des ovaires.* Dans tous ces faits d'ablation des trompes et des ovaires, nous avons également observé ces derniers organes. On trouve constamment, sur les coupes, des cavités qui répondent aux follicules de Graaf.

¹ Cornil et Terrillon, Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite (*Archives de physiologie*, p. 529, novembre 1887).

Ceux-ci sont remplis, soit de liquides séreux correspondant à leur période d'accroissement, soit de sang comme lorsqu'un follicule s'est ouvert à la suite de la menstruation. Ils offrent aussi tous les caractères de l'évolution des corps jaunes, des follicules pigmentés et cicatriciels. Nous avons cherché sur les coupes à nous rendre compte des différences histologiques qu'on pourrait apprécier dans ces faits, en les comparant avec l'évolution des follicules observée dans les ovaires normaux. Nous n'avons pas découvert de différences histologiques qui fussent appréciables. Il existe seulement une plus grande quantité qu'à l'état normal de ces follicules remplis d'un liquide séreux ou de sang, ou à l'état d'involution. Cela tient, pensons-nous, à ce que les follicules, ne pouvant pas se vider par la trompe, retiennent à leur intérieur les liquides qu'ils contenaient, d'où une évolution régressive beaucoup plus lente et anormale.

« Mais le tissu cellulo-vasculaire de l'ovaire ne subit pas d'altérations notables dans tous ces cas de salpingite, si ce n'est dans la salpingite purulente d'origine infectieuse où il peut y avoir une infiltration purulente de tissu conjonctif en même temps que du pus dans des follicules de Graaf. Les abcès ainsi formés peuvent devenir volumineux, ainsi que nous en avons vu deux exemples. La seule lésion du tissu conjonctif ovarien qu'on observe ordinairement, c'est parfois un état fibreux, une induration cirrhotique le plus souvent partielle de la surface de l'ovaire, lésion qui est habituelle et très fréquente chez les femmes âgées.

« On peut donc dire, d'une façon générale, que les lésions des ovaires sont moins marquées, moins caractéristiques

que celles des trompes et qu'elles sont consécutives à la salpingite et à la pelvi-péritonite.

« *Physiologie pathologique.* — Si l'on examine avec soin les lésions diverses que peut provoquer l'inflammation des trompes, sur ces organes eux-mêmes ou sur leur voisinage, il est facile de se rendre compte de l'étiologie et de l'évolution de cette maladie.

« Malgré la complexité de ces lésions, malgré les désordres du voisinage qui peuvent les masquer, la salpingite correspond à une unité pathologique assez facile à définir. En interrogeant avec soin les malades, en suivant pas à pas l'évolution de leur maladie, on est frappé d'un premier fait qui domine tous les autres, c'est que la plupart des salpingites ont été précédées par une maladie ou un trouble utérin quelconque : avortement, couches plus ou moins laborieuses ayant laissé quelques désordres du côté de l'utérus, métrites de nature variée ; telles en sont les causes les plus fréquentes.

« La blennorrhagie, qui donne si souvent naissance à la salpingite, ne peut venir à la trompe en venant du vagin où elle a pris naissance qu'en passant par la muqueuse de l'utérus. Ainsi, dans tous ces cas, la cause première est une altération de la muqueuse utérine. La propagation directe de cette inflammation à la muqueuse de la trompe est un fait qui n'est pas douteux, car si l'orifice utérin de cette dernière est très petit, il n'en est pas moins facilement perméable et les muqueuses des deux organes sont en continuité parfaite. Il y a donc là toute facilité pour la propagation de l'inflammation. La duplicité de la salpingite, qui peut être établie comme une règle

presque absolue, montre bien qu'il existe une même origine de propagation pour les deux trompes, laquelle est toujours la muqueuse intra-utérine. Après avoir envahi la trompe, cette inflammation y produit des désordres variés et qui peuvent différer dans certains cas, suivant la nature et la cause de son inflammation et aussi suivant son acuité. Quand elle déborde sur le pavillon de la trompe ou au delà, elle rencontre une membrane séreuse des plus susceptibles, le péritoine. Celui-ci s'enflamme avec d'autant plus de vigueur et dans une étendue d'autant plus grande que la maladie est elle-même plus intense du côté de la trompe. C'est la pelvi-péritonite, tantôt aiguë et généralisée à une assez grande étendue, tantôt subaiguë et localisée à une surface restreinte, ou même chronique et se réduisant à la formation de quelques fausses membranes. Ces accidents péritonéaux purement secondaires sont la cause de la formation des adhérences, de l'oblitération du pavillon de la trompe, par agglutination de ces franges et aussi de ces poches irrégulières, séreuses, purulentes ou même sanguines, emprisonnées par des néo-membranes. Tels sont les désordres dont on trouve la description à la suite des autopsies ou à la suite des opérations.

« L'ovaire participe plus ou moins à la maladie aussitôt que celle-ci a dépassé le pavillon de la trompe ; son voisinage explique facilement cette propagation. Le plus souvent, sa surface seule est altérée, recouverte de fausses membranes plus ou moins abondantes, elle est souvent marquée presque entièrement. L'ovaire ainsi recouvert de néo-membranes ne conserve plus ses rapports normaux, tantôt il tombe dans le voisinage du cul-

de-sac de Douglas où il est fixé par des adhérences, tantôt il reste immobilisé sur la surface du petit bassin derrière le pubis ou appliqué sur les bords de l'utérus.

« Dans un grand nombre de cas, le parenchyme ovarique reste intact, les vésicules de Graaf continuent leur évolution, mais l'évolution se trouve gênée par la présence de fausses membranes. Dans ces conditions, mais au bout d'un temps assez long, l'ovaire subit des altérations analogues à la cirrhose, il devient dur, fibreux et son volume se réduit considérablement par atrophie.

« Il peut arriver aussi que l'ovaire participe au processus inflammatoire. Les vésicules deviennent le siège de foyers hémorragiques souvent très volumineux ; il s'y forme des abcès multiples et souvent très étendus, en un mot se reproduisent là différents désordres qu'on a décrits sous le nom d'ovarite, mais en oubliant que presque toujours il s'agit là d'un phénomène secondaire.

« Tel est le processus ordinaire de la salpingite qui joue certainement un rôle prédominant dans l'histoire de toutes les inflammations du petit bassin, généralement décrites sous le nom de péri-mérite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, ovarite.

« On ne peut cependant pas affirmer que les affections de la trompe et de l'ovaire correspondent toujours à ce mécanisme. Nous savons en effet que plusieurs affections générales peuvent avoir un retentissement particulier sur l'ovaire et même sur la trompe, sans que leur passage par l'utérus soit évident ni constaté. La variole, la scarlatine, les oreillons produisent des désordres encore peu connus et mal étudiés, mais qui n'en sont pas moins réels et qui peuvent avoir sur l'ovulation future une importance con-

sidérable. Quelques auteurs ont signalé également des lésions syphilitiques de ces organes. »

Ovarite chronique. — Nous mentionnerons avec Paul Petit, et toujours au point de vue microscopique, les formes suivantes :

- 1° Sclérose corticale ;
- 2° Ovarite chronique disséminée ;
- 3° Ovarite chronique hypertrophique ;
- 4° Dégénérescence graisseuse ;
- 5° Ovarite microkystique.

Laissant de côté les quatre premières variétés, nous n'insisterons que sur la dernière. L'ovarite microkystique ou ovaires à petits kystes peuvent être provoqués par plusieurs causes. Tantôt, en effet, cette lésion existe seule sans aucune lésion concomitante ; tantôt, au contraire, on trouve en même temps des altérations de l'utérus ou des tumeurs développées dans les organes voisins. Lawson Tait le premier et avec lui beaucoup d'auteurs ont attribué aux maladies exanthématiques, variole, scarlatine, et aux rhumatismes la production de l'ovarite. Les traumatismes et en première ligne le coït peuvent produire d'emblée une altération de l'ovaire. L'hyperémie ovarienne, de l'avis de presque tous les auteurs, est un facteur extrêmement puissant de l'ovarite folliculeuse. Ainsi que le fait remarquer M. Championnière, on doit surtout accuser les perturbations produites dans les règles et les traumatismes. Ces deux causes, qui déterminent une congestion intense des ovaires, sont celles qu'on observe chez les femmes qui n'ont pas eu de grossesse et chez les vierges. « Chez les jeunes femmes, dit cet auteur, ce sont bien les trau-

matismes et les perturbations des règles observées au début du mariage et c'est bien là le mécanisme par lequel le voyage de noces amène tant d'accidents et la stérilité. » Toutes les causes de congestion peuvent donc déterminer la production de l'ovarite folliculeuse.

Fruckmuller, cité par Quenu, fait entrer en ligne de compte l'éréthisme continu des organes sexuels, l'onanisme, la lecture des romans, les rêveries, la suppression brusque des règles, l'usage des boissons échauffantes, les grossesses réitérées. Donc, toutes les choses capables de déterminer la stase sanguine dans le plexus ovarien sont susceptibles de produire ces petits ovaires kystiques. Les fibromyomes utérins qui se développent dans l'interstice du ligament large, qui gênent la circulation en retour, se compliquent fréquemment de formations kystiques dans l'ovaire. Cela est vrai, d'ailleurs, pour tous les fibromyomes utérins, quel que soit leur siège. Il est une affection rare que l'on trouve signalée par MM. Palmier, Dudley, comme cause de dégénérescence kystique de l'ovaire, c'est le varicocèle du plexus ovarien. Il est facile de concevoir que la dilatation veineuse entrave la circulation ovarienne et produit une stase sanguine, analogue à celle du testicule dans le cas de varicocèle chez l'homme.

6° Sclérose totale.

Au début, elle n'est pas incompatible avec l'ovulation. Elle coïncide ordinairement avec la dégénérescence microkystique, et ainsi se trouve constituée le plus souvent l'ovarite sclérokystique.

CHAPITRE III

LA GROSSESSE ET SES RAPPORTS AVEC LES KYSTES DOUBLES ET LES OVARITES

La définition de la grossesse est, d'après le professeur Herrgott, « l'état d'une femme qui porte un œuf fécondé ». Elle dure depuis le moment où l'ovule est fécondé, jusqu'au moment où l'œuf, après avoir accompli son évolution, est détaché de l'organisme maternel.

La grossesse peut être troublée par de nombreuses complications : une des plus importantes est la présence de kystes ovariens compliquant cet état physiologique.

Notre étude doit rechercher comment un kyste de l'ovaire, par sa présence, sa situation, son volume, ses accidents, peut troubler le cours de la gestation, causer des malaises, des accidents, entraver le développement de l'œuf, provoquer son expulsion avant terme.

L'étude doit porter aussi sur les complications qu'un kyste de l'ovaire peut créer pendant le temps de l'expulsion, et sur les obstacles à la sortie de l'enfant et de ses annexes.

Un travail complet exigerait encore une étude étendue sur le diagnostic, le pronostic et le traitement ; nous tâcherons de répondre à ces questions sans dépasser les limites de cette thèse.

L'étude de la grossesse, compliquée de kyste ovarique, appartient à notre siècle.

Au XVIII^e siècle, on trouve quelques notions sur ce sujet, mais aucun travail ne paraît sur la question. La première observation appartient à Schamberg (1707) ; l'auteur cite le cas d'une femme qui succomba au travail ; à l'autopsie on constata un kyste de l'ovaire. En 1765, une observation de Døeveren relate le fait d'un accouchement compliqué de kyste ovarique ; on fit la version, mère et enfant succombèrent. Baudelocque et Lauverjat (1777) rapportent de nouveaux cas. Au commencement du XIX^e siècle, le sujet est mis de nouveau sur le tapis par Park et Merriman ; puis successivement les noms de Blundell, M^{me} Lachappelle, Velpeau, Frémery, se rattachent avec les mémoires parus sur les kystes ovariques. En 1840, Bennone Rudolph Puchelt, élève de Nøgele, fit paraître à Heidelberg une excellente thèse sur les tumeurs qui siègent dans le bassin et qui mettent un obstacle à l'accouchement.

Moreau, en 1841, Litzmann, en 1852, et Hirsch, en 1854, reprennent l'étude de la question. En France, Guéniot, en 1866, fit un chapitre sur « les grossesses compliquées et leur traitement ». Doumairon, en 1868, reprit cette question de kystes dans leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Le traitement de cette complication par la méthode de l'avortement se vit naître avec Barnes, en 1873 ; ses idées ont été discutées par Treille, Dunlap, Gros-Fillay, etc. La ponction trouva ses défenseurs parmi Stoltz, Spenser Wells, Duplay, Polaillon, Olshausen, Hegar.

Le diagnostic a été méconnu, et les chirurgiens, pra-

tiquant l'ovariotomie pendant la grossesse, vont découvrir l'utérus gravide ; cette méthode trouva du succès, et l'ovariotomie compta depuis de nombreux partisans. Spenser Wells, à Londres ; Schröder, à Berlin ; Wilson, en Amérique, se déclarent les champions de l'ovariotomie. Péan, Laroyenne, Baum, Polaillon, confirment ces nouvelles conquêtes chirurgicales par leurs publications.

I. La grossesse est-elle possible avec des lésions ovariennes bilatérales ? — Pour qu'il y ait une grossesse, il faut la réunion de l'élément mâle avec l'élément femelle. L'ovule provient de l'ovaire, il est donc nécessaire que le tissu ovarien contienne des follicules de Graaf.

Les ovaires sont exposés aux affections pendant la vie génitale de la femme et même en dehors. Les lésions ovariennes sont unilatérales ou doubles ; le tissu ovarien peut être partiellement ou totalement pris. Malgré cela, la conception est souvent possible ; l'argument le plus éloquent et le plus rassurant que nous puissions fournir à l'appui de notre idée se trouve dans les observations exposées plus loin.

Très fréquemment, le médecin a constaté une tumeur sur l'un des ovaires et une grossesse. Il est évident que, dans ce cas, l'ovaire sain peut avoir fait les frais de l'ovulation, comme dans les circonstances habituelles. Mais ce qui est encore plus frappant, ce sont les cas où les deux ovaires, tout en étant tous deux malades, la grossesse existait. Les faits de Holst, de Hewlett, de Hofer, de Spiegelberg et, plus récemment, le cas de Bantock et

celui de M. Condamin confirment pleinement ces éventualités de clinique obstétricale.

Tous ces auteurs ont observé des kystes des ovaires doubles compliquant la grossesse. On s'est expliqué le fait avec l'idée qu'une petite portion de tissu ovarien sain existait à un moment donné et pouvait fournir l'ovule qui sera fécondé. Spenser Wells pense que, dans des cas semblables, un petit ovaire supplémentaire peut jouer un rôle important.

Les observations qui suivent expliqueront et confirmeront mieux que toute description notre façon de penser.

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Condamin).

Kyste dermoïde des deux ovaires chez malade ayant eu cinq accouchements antérieurs, torsion du pédicule de l'un des kystes.

M. B..., trente-six ans, habitant Lyon, 42, rue Vaubecour, entre à la Charité dans la salle Sainte-Thérèse, n° 10, le 4 octobre 1897 pour des douleurs qu'elle éprouve depuis quelque temps dans le bas-ventre.

Voici quelques détails sur ses antécédents.

Réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été très régulièrement pendant quatre jours et sans douleurs. Depuis deux ans, elle s'est cependant aperçue de quelques irrégularités. Dans ces derniers mois les règles ont duré plusieurs fois plus de huit jours en s'accompagnant de quelques douleurs. Leucorrhée légère, à l'âge de quatorze ans elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois et envahit successivement les deux membres inférieurs.

A l'âge de vingt-quatre ans, elle a souffert d'une sciatique

double. Actuellement on constate un souffle systolique très net à la pointe du cœur. Elle a eu cinq accouchements antérieurs tous normaux et à terme. Cependant, au dire de la malade, le dernier s'est accompagné de fièvre puerpérale et de péritonite. Depuis cette époque la malade a eu à plusieurs reprises des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Dans ces derniers temps celles-ci ont été prédominantes à droite et dans la région lombaire. Il y a dix jours les douleurs se sont exaspérées en s'accompagnant de quelques vomissements.

A l'examen de la malade, on trouve l'utérus légèrement dévié à gauche; à droite, on sent une tumeur arrondie, peu mobile, rénitente, plus grosse que le poing, indépendante de l'utérus mais attenant à la trompe droite et au ligament large correspondant. Elle est douloureuse au palper bimanuel. On fait le diagnostic de kyste à développement intra-ligamenteux, ou ayant subi la torsion de son pédicule et s'étant créé des adhérences dans le voisinage.

On propose à la malade une intervention : elle refuse promettant de l'accepter si les douleurs persistent. Elle quitte la Charité le 11 octobre 1897 pour y rentrer le 12 janvier 1898. Les douleurs en effet n'ont pas cessé, elles auraient même à certains moments des règles présenté un degré d'acuité extrême. L'examen pratiqué à ce moment révèle quelques nouveaux détails. L'utérus est toujours dévié à gauche. La tumeur constatée précédemment à droite paraît plus libre et surtout beaucoup plus mobile. Elle n'a pas sensiblement augmenté de volume. A gauche, on sent une petite masse que l'on croit être un lobe de la masse droite.

Intervention. — Le 14 janvier 1898. M. Condamin pratiqua la laparotomie sur le lit de Trendelenburg et en position inclinée. On tombe sur deux kystes présentant les mêmes caractères. L'un est à droite, c'est le plus volumineux, l'autre à gauche.

Celui de droite, le plus volumineux, est en réalité un kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule très long plusieurs fois tordu sur lui même a permis cette migration de gauche à droite. Quelques adhérences épiploïques et intestinales qui sont détachées sans de trop grandes difficultés. Le second kyste situé à gauche est en réalité le droit; comme le précédent il est appendu à un long pédi-

culé et, comme le premier, a subi une torsion. Il n'est pas adhérent aux organes voisins. Suites opératoires entièrement simples, sans température, la malade rentre chez elle le 28 janvier.

Examen des pièces. — Le premier kyste renferme un liquide séro-sébacé, légèrement huileux. Dans son intérieur on trouve des cheveux, une dent et deux fragments d'os. Dans le deuxième kyste on trouve également de la matière sébacée et un contenu huileux. Dans l'épaisseur des parois on constate une masse ossifiée, et enfin des cheveux.

Ces deux kystes sont uniloculaires, on ne trouve rien à la surface qui rappelle le tissu ovarien.

OBSERVATION II

(Bantock, *British medical*, 1^{er} février 1890.)

Kyste dermoïde des deux ovaires, opération au troisième mois de la grossesse, continuation de la grossesse. Dans cette observation, il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui, à l'examen du chirurgien, parut porteur d'une volumineuse tumeur de l'abdomen. Après l'avoir enlevée par la laparotomie et constaté qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire (pas de détails sur le contenu du kyste), le chirurgien trouva le côté opposé présentant tous les caractères du premier; on constate aussi à un moment que la malade était enceinte d'environ trois mois.

L'opération n'interrompit pas la grossesse.

L'auteur fait remarquer toute l'importance d'une telle observation, où l'on note simultanément une grossesse avec une désorganisation aussi grande des ovaires.

OBSERVATION III

(Beigel, de Vienne.)

Extirpation d'un ovaire, affection de l'autre, menstruation toujours régulière et grossesse.

Le 28 juin 1867, j'enlevai l'ovaire droit de M^{me} F..., âgée de vingt-neuf ans. Réglée à quatorze ans, elle se maria à vingt et un ans et eut trois enfants dont le plus jeune âgé de neuf mois sevrant deux semaines avant l'opération. Etant enceinte du dernier enfant de six à sept mois, elle s'aperçut de sa tumeur qui crût jusqu'à la naissance de l'enfant. Quatre semaines avant l'opération, on retira par la ponction 55 pintes de liquide. La menstruation après l'opération fut régulière. Le 31 octobre, après le cours d'une grossesse normale, elle accoucha d'un enfant. Vers la moitié de sa grossesse elle remarqua une tumeur dans le côté gauche dont l'accroissement fut très rapide. Elle nourrit son enfant pendant deux ans. La menstruation revint dix-huit mois après l'accouchement et s'effectua jusqu'au 6 octobre 1870. Elle cessa à cette époque et la malade se crut enceinte. Quand je l'examinai, je trouvai que sa supposition était juste, qu'une tumeur ovarique se trouvait sur l'utérus gravide placé au centre. Le 6 avril je fis sortir par une ponction 11 pintes de liquide, ce qui permit aux parois abdominales de se relâcher, de sorte que j'ai pu contourner facilement l'utérus. Le 29 août 1871 elle mit au monde un garçon.

OBSERVATION IV

(Thomas Hillas, *Australian medical Journ.*, févr. 1878.)

Ovariectomie.

M. C..., vingt-quatre ans, non mariée, entre le 4 juin 1872 à Ballarat district hospital. Elle pensait être devenue enceinte

en mars 1871, mais en juin 1872 on crut reconnaître qu'il s'agissait, non d'une grossesse, mais d'une maladie des ovaires, probablement un kyste. Opérée le 13 juin 1872, pendant l'opération de l'ovaire gauche on constate un kyste de l'ovaire droit, et que l'utérus contient un fœtus.

Les deux ovaires sont enlevés, le chirurgien ayant blessé l'utérus pendant cette opération se décide à faire l'opération césarienne, et extrait un fœtus d'environ huit mois. 3 juillet, un mois après l'opération, la menstruation, quoique modérée, apparaît pendant quatre jours; le retour eut lieu le 28 août et continua ensuite.

OBSERVATION V

Thèse du D^r Cocard (Paris, 1896).

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. — Grossesse de sept semaines. — Ovariectomie double. — Avortement.

M^{me} C..., trente ans, est atteinte d'un kyste de l'ovaire dont les débuts remontent à trois ans.

Elle a deux enfants dont le plus jeune a cinq ans et demi.

Il y a trois ans, elle a eu deux poussées de péritonite avec fièvre, vomissements, douleurs localisées qu'on attribue à une torsion du pédicule.

Au mois d'octobre 1887, kyste du volume d'une tête d'adulte dépassant l'ombilic. Grossesse probable de six semaines. Malgré cela, l'ovariectomie par crainte d'adhérences consécutives est proposée et acceptée.

Incision de 10 centimètres. Adhérences multiples à l'intestin.

Pédicule court, tordu trois fois, sur lequel on met trois ligatures en chaîne. L'ovaire gauche contient un petit kyste et est enlevé. Suites très bénignes pour la mère. Avortement au bout de huit jours.

(Terrillon et Valat, *Archives de tologie*, 1888.)

OBSERVATION VI

(Tirée de *Obstetrical Society of London*, 1886.)

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Grossesse de trois mois. — Ovariectomie double. — Continuation de la grossesse.
(Knowsley-Thornton.)

Femme de vingt-deux ans, présentant au troisième mois de la grossesse un ventre d'un volume non en rapport avec l'âge de la grossesse. On sentait une tumeur fluctuante volumineuse dont les dimensions augmentaient rapidement.

L'ovariectomie double fut pratiquée et suivie de guérison.

Accouchement au huitième mois sans complications.

OBSERVATION VII

(Tirée de *Two Cases of double ovariectomy during Pregnancy*,
Obstetrical Society of London, 1892, in *British medical journ.*)

Kystes papillomateux de l'ovaire. — Troisième mois de la grossesse. — Ovariectomie double. — Continuation de la grossesse. (Meredith.)

Une primipare avait deux kystes papillomateux de l'ovaire qui lui furent enlevés par la laparotomie au troisième mois de la grossesse; des adhérences étendues nécessitèrent l'emploi d'un tube de drainage pendant trente-six heures. La patiente eut une bonne convalescence; sa grossesse ne fut pas interrompue et elle fut délivrée à terme d'un garçon bien développé.

OBSERVATION VIII

(Tirée de Polaillon, Académie de médecine,
Annales de gynécologie, août, 1872.)

*Kyste de l'ovaire. — Grossesse de trois mois et demi. — Ovari-
otomie double. — Continuation de la grossesse.*

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, blanchisseuse, qui depuis six ans, avait constaté l'augmentation de volume de son ventre. Ses règles sont disparues depuis cinq mois. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle éprouve dans le ventre des douleurs violentes qui font penser en ville à une péritonite. Amaigrissement considérable, douleurs incessantes, vomissements, fièvre. A l'hôpital, on constata facilement l'existence d'un kyste de l'ovaire qui dépassait l'ombilic de trois ou quatre travers de doigt et de plus par le toucher, l'existence d'une tumeur grosse comme une orange, située dans la concavité du sacrum. Le col était mou, oedématisé, d'où l'on conclut à la possibilité d'une grossesse compliquant un kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — L'ovaire gauche, dégénéré, est enlevé avec le kyste. L'ovaire droit, kystique, est également enlevé après décollement de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin, donnant lieu à d'abondantes hémorragies en nappe.

Les suites opératoires sont excellentes ; c'est à peine si la température s'élève à 38 degrés. Le lendemain de l'opération, cinq mois et demi après, l'opérée mettait naturellement au monde une fille à terme et bien constituée.

OBSERVATION IX

(Tirée de Potter, *Amer. journ. of. obst.*, 1888).

Kyste de l'ovaire pesant 38 livres. — Quatrième mois de la grossesse. — Ovariectomie double. — Continuation de la grossesse.

Il s'agit d'une femme ayant une volumineuse tumeur de l'ovaire et, arrivée au quatrième mois de sa grossesse, Potter lui fit une double ovariectomie. La tumeur enlevée pesait 38 livres. La femme accouchait cinq mois plus tard à terme d'un enfant de 7 livres et demie.

OBSERVATION X

(Tirée de Mundé, Soc. obst., New-York, 1886,
Annales de gynécologie.)

Kystes dermoïdes de l'ovaire. — Grossesse de cinq mois. — Ovariectomie double. — Avortement soixante-douze heures après. — Guérison.

Il s'agit d'une femme dont Mundé raconte le cas à la Société obstétricale de New-York.

Il lui a fait, il y a dix jours, une ovariectomie double pour deux kystes dermoïdes des ovaires.

La femme est avortée soixante-douze heures après. Nous avons retrouvé ce cas dans une statistique de Cotterell, qui nous apprend la guérison définitive de la femme.

OBSERVATION XI

(Polaillon, Académie de médecine, 26 juillet 1892, *in* Dujardin, thèse de Lille, 1896.)

Ovariectomie double chez une femme enceinte. — Continuation de la grossesse. — Accouchement à terme d'un enfant vivant.

Femme de vingt-neuf ans, portant depuis six ans une tumeur abdominale, prise le 28 octobre 1891, de douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins. Il existait un kyste de l'ovaire fluctuant très douloureux à la pression, remplissant tout l'abdomen et remontant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le maximum des douleurs existait dans le flanc gauche. Le toucher vaginal faisait constater un col mou et une tumeur arrondie élastique, logée dans la concavité du sacrum, tumeur grosse comme une orange et qui nous sembla être le corps de l'utérus. La malade n'avait pas vu ses règles depuis trois mois. Donc, grossesse compliquant un kyste de l'ovaire devenu subitement douloureux et peut-être suppuré. Laparotomie le 12 janvier 1892. L'ovaire gauche, à cause du kyste, est gros comme un rein et dégénéré. L'ovaire droit était gros comme un œuf de poule. Ablation des deux ovaires.

Guérison. Accouchement à terme après l'ablation des deux ovaires et la diminution brusque de la vascularisation utérine amenée par la ligature des artères et des veines utéro-ovariennes contenues dans les pédicules des ovaires enlevés. La circulation s'est rétablie d'une manière complète par les artères et les veines du segment inférieur de l'utérus.

OBSERVATION XII

(Thèse de Rémy, Paris, 1886.)

(Schröder, *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gyn.*,
Bd. V, Heft. 2, p. 385, et thèse de Cayla, p. 35.)

Femme E..., trente-quatre ans, a déjà eu quatre couches, la dernière il y a six ans. D'après son médecin traitant, elle aurait eu une péritonite, il y a quatre ans, et l'on découvrit alors une tumeur que l'on crut être ovarienne et plus tard un myome utérin.

Les règles ont disparu depuis quatre mois et, depuis, la tumeur a beaucoup augmenté. Elle a été sondée après la disparition des règles.

Le 16 janvier 1880, on lui donne du chloroforme. Dans l'abdomen, on trouve une tumeur grosse, en partie élastique, qui dépasse l'ombilic d'un travers de main et un peu à droite. A sa gauche et latéralement, et séparée par une anse intestinale, se trouve une autre tumeur molle, de la consistance d'un utérus gravide. La portion vaginale du col est très haute, à gauche et en arrière de la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent une tumeur grosse, élastique qui semble être l'utérus gravide rétro-fléchi.

A un examen plus attentif, on reconnaît une tumeur kystique qui se relie au côté droit de l'utérus par un pédicule court, très tendu. Au-dessus de ce kyste, on sent une autre tumeur élastique.

Dix jours après, nouvel examen. La grosse tumeur du côté droit a notablement augmenté, et presse à droite le plancher costal. Tout le reste comme auparavant.

L'importance de cette découverte était très grande. D'abord, était-il certain que la tumeur, située du côté gauche, à consistance caractéristique, se continuant avec le col, et séparée de la tumeur droite, était l'utérus gravide ?

Mais qu'étaient ces tumeurs, situées à droite de l'utérus ? Si celle qui était dans le petit bassin était un kyste, la plus grosse,

qui était aussi à droite, devait-être un fibro-kyste. Nous verrons que cette idée était erronée.

Que faire? La distension du ventre, à l'époque moyenne de la grossesse, était telle qu'il ne fallait pas songer à arriver au tissu sans accidents. Il surviendrait quelque chose dans les semaines suivantes. La malade avait peu de goût pour un avortement qui aurait fait périr l'enfant, sans lui enlever ses tumeurs.

La ponction n'aurait procuré qu'un soulagement passager.

Enfin, je conclus à la laparotomie. Elle fut exécutée le 21 janvier 1880. A la section, on ne peut trouver nulle part de limite entre le péritoine et la paroi tumorale, et on dut alors prolonger la section jusqu'à la partie supérieure, c'est-à-dire au niveau de l'appendice xiphoïde. Ici encore, il y avait quelques adhérences si intimes que, en cherchant à les diviser, le kyste fut ouvert et il s'écoula un liquide onctueux (détritus et cristaux de cholestérine). La tumeur est adhérente dans toute son énorme périphérie; nulle part on ne trouve de place libre. Décortication difficile. Nombreuses ligatures. On ne trouve pas de pédicule particulier. Les pseudo-membranes de la tumeur s'étendent sur le bord droit et jusque sur la partie droite de la surface utérine.

Après cette décortication difficile, *on voit que la tumeur du petit bassin forme une partie d'une tumeur à quatre compartiments, qui correspond à l'ovaire gauche. Elle est tournée autour de l'utérus et embrasse tout son bord droit.* A l'examen on avait eu l'impression d'un pédicule qui n'existait pas à droite, mais seulement à gauche. La tumeur est facilement limitée, et l'opération marche assez bien, sauf que les parois abdominales, maintenant trop vastes, perdent beaucoup de sang par les surfaces arrachées de la tumeur. Alors je forme un pli qui comprend les surfaces saignantes, et la base de ce pli est réunie par un fil la traversant de gauche à droite, puis de droite à gauche, et on lie les deux bouts à gauche. L'espace abdominal est ainsi diminué, et les surfaces saignantes sont étanchées par la compression.

Convalescence normale; une parotidite survenue ne trouble pas son cours.

Dans la nuit du 19 au 20 mars 1880, c'est-à-dire sept semaines

après l'opération, avortement d'un fœtus vivant qui mourut bientôt. Suites de couches normales, mais elle perdit continuellement un peu de sang, si bien que le onzième jour on explore la cavité utérine. De plus, il y avait des symptômes de septicémie. Aussitôt après l'emploi des désinfectants, convalescence, mais on la maintient au lit.

Dans ce cas intéressant, il s'agissait donc d'une tumeur ovarienne droite ayant, par suite de torsion, occasionné une péritonite quatre ans auparavant. Le pédicule s'était arraché, mais il s'était fait des adhérences tout autour. L'ovaire gauche s'était aussi transformé en tumeur que le défaut d'espace avait transformé en tumeur à quatre lobes. Malgré ces deux tumeurs, la grossesse s'était produite, *le corps jaune était à la base de la tumeur quadrilobée*, et l'utérus s'était développé dans tous les sens possibles, à gauche et en arrière, de sorte que la tumeur gauche avait été reportée vers la droite.

Les kystes, comme nous venons de voir, ne sont pas les seules lésions qui permettent la conception et qui tolèrent la gestation.

Nous avons la série des ovarites qui laisse le fœtus évoluer normalement ; sous le nom d'ovarite, nous entendons ici particulièrement la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire qui donne aux coupes histologiques un tissu presque totalement dégénéré.

La physiologie pathologique de l'oviducte nous démontre que les altérations de son épithélium amènent l'obstruction du canal et la stérilité en est la conséquence. Tout autre, au contraire, est le rôle de l'ovaire, et l'intégrité de l'organe dans sa totalité n'est point nécessaire à son fonctionnement. Il suffit qu'une mince lamelle de tissu ovarien

soit intacte pour que l'ovulation ait lieu et que la fécondité soit conservée. Un fragment d'ovaire, si minime soit-il, contient assez d'ovules pour fournir à la durée de la vie génitale de la femme. M. Pozzi a constaté la grossesse après la résection partielle des ovaires et l'ignipuncture de ces mêmes organes comme traitement de l'ovarite microkystique.

Sous l'inspiration de M. Pozzi, un de ses élèves, M. Delaunay¹, soutint devant l'Académie de médecine de Paris une thèse intitulée : *Des opérations conservatrices de l'ovaire*. Cet auteur pense que dans certaines lésions de l'ovaire on est autorisé à limiter l'acte chirurgical en vue de la conservation de la fonction de l'organe et l'expérience si heureusement commencée donne pour l'avenir les meilleures espérances. Et lors même que les résultats ultérieurs ne répondraient pas à l'attente du chirurgien, on croira néanmoins avoir fait œuvre utile en réagissant contre la tendance excessive et malheureusement trop répandue de considérer comme une question secondaire la fécondité des opérées.

Ces quelques observations qui suivent mettent bien en relief nos écrits.

OBSERVATION I

(Thèse de Delaunay.)

Double oophoro-salpingite chronique. Rétroflexion adhérente de l'utérus. Laparotomie. Ignipuncture. Hystéropexie.

La nommée Julia S..., femme M..., âgée de vingt-neuf ans, entrée salle Pascal A, lit n° 21, le 12 novembre 1892.

¹ Delaunay, *Des opérations conservatrices de l'ovaire*, th., Paris, 1892.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à seize ans, toujours irrégulièrement, sans beaucoup de douleurs.

Une fièvre typhoïde il y a sept ans.

C'est une malade sujette à des crises nerveuses avec chute et perte de connaissance.

Un premier accouchement il y a huit ans, normal et sans accident.

Un deuxième accouchement a eu lieu il y a deux ans, accouchement très laborieux, précédé et suivi d'hémorragie, avec frisson, fièvre et douleurs abdominales très vives.

Elle reste deux mois au lit.

Depuis cet accouchement la malade se plaint de douleurs dans le ventre ; douleurs surtout localisées du côté gauche, continues, lancinantes, avec exacerbation au moment des règles, surtout depuis six mois.

Il y a trois mois elle eut des palpitations du cœur très pénibles, suivies deux ou trois jours après d'hémoptysies. Actuellement les douleurs sont tellement vives que tout travail est devenu impossible. La leucorrhée est très abondante et les règles ont lieu tous les quinze jours.

Il y a huit jours à la suite de la compression de la région ovarienne pratiquée par un médecin pendant une crise nerveuse, il y eut un arrêt de la miction qui dure encore et qui nécessite l'emploi de la sonde.

L'examen est pratiqué sous le chloroforme.

L'utérus est en rétroflexion, retenu par des adhérences filamenteuses dans le cul-de-sac gauche et, en arrière, on sent les annexes indurées un peu augmentées de volume, paraissant adhérentes. Le cul-de-sac droit est libre, mais on sent en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, les annexes prolabées, indurées, mamelonnées.

On porte le diagnostic de double oophoro-salpingite chronique ou pèrisalpingite et périmétrite ancienne, ayant occasionné la rétroflexion de l'utérus et l'adhérence des annexes.

Laparotomie le 16 décembre 1892. A l'ouverture du ventre on constate l'écoulement d'un liquide ascitique. La main introduite

dans l'abdomen déchire des adhérences filamenteuses assez résistantes qui maintiennent l'utérus en rétroflexion.

L'ovaire gauche est adhérent légèrement et est facilement dégagé; par contre, il est difficile de l'amener dans l'incision abdominale par suite de la brièveté du ligament infundibulo-pelvien. Une fois les annexes amenées au dehors, on constate que la trompe est saine et perméable.

L'ovaire présente à sa surface une saillie du volume d'un gros pois formé par un kyste sanguin et trois autres saillies transparentes contenant un liquide séreux. Ces kystes sont incisés au thermocautère et leur cavité cautérisée.

A droite, les annexes présentent les mêmes lésions, mais l'ovaire offre une forme spéciale; il est comme étiré suivant sa longueur, et la présence d'un kyste folliculaire sanguin à son extrémité interne lui donne un aspect moniliforme. Le kyste sanguin est ouvert et cautérisé au thermo.

L'utérus est fixé à la paroi par trois points de suture à la soie.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le cul-de-sac de Douglas pour assurer le drainage et servir de soutien à l'utérus.

Suites opératoires excellentes.

Les douleurs persistent aussi vives qu'avant l'opération.

11 janvier 1893. — Les règles ont lieu aussi abondantes et aussi douloureuses qu'avant l'opération.

Les 28, 29, 30 janvier, ascension de température très marquée (40 degrés) qui disparaît à la suite d'un purgatif. A ce moment, l'examen des organes génitaux ne fait rien découvrir d'anormal.

Le 11 février, la malade quitte le service.

A ce moment, elle accuse une douleur dans l'hypocondre droit, douleur surtout sensible pendant le mouvement d'inspiration. De ce côté, la fosse iliaque n'est pas sensible à la pression. Du côté gauche, la douleur est localisée dans la fosse iliaque.

A l'examen, la palpation du ventre n'est pas sensible. Les culs-de-sac sont libres et indolores. Le foie est un peu augmenté de volume, douloureux.

Malgré cela, l'état général est bon.

Il est à noter que l'on se trouve en présence d'une hystérique, chez laquelle tous les signes somatiques sont très marqués.

Cette malade a été revue dans ces temps derniers. Son état est resté le même. Les douleurs, soit au moment des règles, soit dans l'intervalle, sont aussi vives qu'avant l'opération.

OBSERVATION II

Double ovarite scléro-hystique. — Laparotomie. — Castration bilatérale ; résection partielle de l'ovaire droit.

La nommée C. C..., âgée de vingt-six ans, entre salle Pascal A, le 21 avril 1891, lit n° 20. Elle a été réglée à onze ans et demi, d'une façon régulière et normale jusqu'à son mariage à vingt-trois ans. Depuis lors, sans qu'il y ait eu infection puerpérale (la malade n'a jamais eu d'enfant), soit blennorragique, la malade a commencé à souffrir dans le bas-ventre.

Ces douleurs s'exagéraient au moment des règles. Elles étaient parfois si violentes que la malade a dû s'aliter. Dans l'intervalle des deux époques elles étaient supportables. Elles étaient surtout vives dans la région de l'ovaire gauche. Depuis six mois environ, leucorrhée légère.

On trouve à l'examen l'utérus petit, en antéflexion. Le cathétérisme indique 7 cm. 50. L'ovaire gauche, du volume d'un œuf de pigeon, est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas ; il est extrêmement douloureux. L'ovaire droit paraît du volume normal, mais il est aussi très douloureux à la pression.

Laparotomie 9 mai 1891. Incision de 6 centimètres. Les deux trompes sont saines.

L'ovaire gauche entièrement criblé de petits kystes est enlevé avec la trompe correspondante. L'ovaire droit partiellement altéré, réséqué en partie. On enlève un segment longitudinal, en forme de coin, farci de petits kystes, et les deux valves du parenchyme sain sont suturées par sept points de catgut fin.

Les *suites opératoires* furent excellentes.

Réunion par première intention. La malade se lève le vingt et unième jour et part guérie le 2 juin. Elle ne souffre plus au moment de sa sortie de l'hôpital.

Revue cinq mois et demi après, elle est en parfaite santé, a considérablement engraisé et fait sans se fatiguer de longues courses.

Le 15 juin, les règles apparurent pour la quatrième fois depuis l'opération, durèrent trois jours, furent d'abondance normale et sans douleur.

Le 10 juillet, le 5 août, le 2 septembre, le 1^{er} octobre, les choses se sont passées de même.

Cette malade a été revue et examinée le 22 décembre. Elle n'accuse plus aucune douleur et travaille sans aucune fatigue. L'état général est excellent. L'examen clinique montre que l'utérus est en légère antécourbure, mobile, indolore. Les culs-de-sac sont souples et libres.

En déprimant fortement le cul-de-sac gauche et pratiquant le palper bimanuel, on ne sent rien. A droite, la trompe paraît saine. L'ovaire réduit au volume d'une noisette est facilement accessible. Il est souple, mobile, et sa surface ne présente aucune irrégularité. Cette exploration est absolument indolore. La menstruation est régulière.

OBSERVATION V

Ovarite scléro-kystique double. — Petits kystes hématiques. — Adhérences. — Laparotomie. — Ablation des annexes droites. — Résection partielle de l'ovaire gauche. — Salpingorrhaphie.

Eugénie J..., femme J..., vingt-quatre ans, entrée salle Pascal A, le 31 mai 1892.

Antécédents héréditaires nuls.

Réglée à seize ans, règles très irrégulières. Accouchement à terme et normal il y a un an. Huit jours après, elle reprit son tra-

travail et aussitôt elle ressentit dans le bas-ventre des douleurs vives, surtout localisées du côté droit; douleurs continues, augmentées par la fatigue et l'obligeant parfois à garder le lit.

Au mois de novembre 1891, fausse couche de six semaines, suivie d'une métrorragie très abondante.

En janvier 1892, blennorragie.

Depuis cette époque, les règles sont restées abondantes et très douloureuses.

Elle est entrée alors à l'hôpital Cochin où, le 24 février on lui fit un curetage. A la suite de ce curetage, les douleurs furent moins vives pendant deux mois; mais, dès sa sortie de l'hôpital, elles reparurent. Après le curetage, les règles ont été suspendues pendant deux mois, puis se sont régularisées.

Lorsqu'on l'examine, on constate qu'elle porte des traces de syphilis héréditaire; tibia recurvé, état réticulé du voile du palais. Actuellement, elle porte une gomme à l'extrémité interne de la clavicule.

A l'examen, on constate une légère antécourbure de l'utérus. Ce dernier est mobile.

Laparotomie le 6 juillet. Incision 6 centimètres. A gauche, l'ovaire et la trompe sont fusionnés. La trompe a ses parois œdématisées, mais non indurées.

Quoique épaissi, le pavillon n'est pas oblitéré, un stylet peut cheminer dans toute l'étendue de la trompe. L'ovaire est criblé de kystes hématiques et séreux, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un haricot. En présence de l'intégrité de la trompe, on songe à conserver une partie de l'ovaire. Pour cela, une incision marginale est faite de chaque côté et on enlève la majeure partie du segment médian de l'ovaire.

Un kyste hématique du volume d'un haricot, découvert par cette manœuvre, est disséqué avec les ciseaux et énucléé. Il en est de même d'un kyste séreux.

Une suture en surjet est faite sur les deux petites valves ovariennes. Le moignon ovarien est à son tour réuni au pavillon étalé de la trompe par trois points de suture qui la fixent solidement.

L'excision d'une hydatide, de Morgagni, transformée en kyste

hématique, donne un peu de sang immédiatement arrêté au thermo-cautère. A droite, l'ovaire est très adhérent; il est décollé avec peine de la paroi pelvienne. Il est criblé de petits kystes séreux et contient un kyste hématique du volume d'une noisette. La trompe est contournée, œdématiée, épaissie.

En présence des lésions de l'ovaire et surtout de l'opération conservatrice, pratiquée à gauche, on enlève la trompe et l'ovaire.

Les suites opératoires furent excellentes.

Réunion par première intention.

Dix jours avant de sortir de l'hôpital, qui eut lieu le 23 août, les règles sont venues sans douleur.

OBSERVATION VII

(Due à M. Championnière.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Ovarite kystique à gauche. — Ovariectomie double.

H..., Amélie, trente-trois ans, journalière, entrée le 25 mars à l'Isolément. Deux enfants. Sa maladie a débuté il y a huit ans en même temps à peu près que la dernière grossesse.

A l'examen, on constate tous les signes de kyste multiloculaire. Opération le 8 avril 1889. Incision sous-ombilicale. Tumeur kystique laissant écouler 4 litres et demi de liquide après ponction.

Pédicule large lié avec quatre fils croisés.

A gauche, ovaire volumineux renfermant un grand nombre de petits kystes. Il est adhérent de toutes parts. Il est détaché et le pédicule est lié avec trois fils en chaîne.

OBSERVATION IX

(Thèse Donnet, Paris, 1895.)

Ovarite mégalo-kystique double. — Rétroflexion adhérente de l'utérus. — Laparotomie, ignipuncture. — Hystéropexie. Grossesse consécutive et accouchement à terme d'un enfant bien portant.

La nommée Julia S..., femme M..., âgée de vingt-neuf ans, entrée à Pascal le 12 novembre 1892, est sujette à des crises nerveuses avec chute et perte de connaissance. Deux accouchements. Depuis le dernier en 1890, la malade souffre du ventre. Les douleurs sont surtout marquées à gauche, elles sont continues, lancinantes, accrues au moment des règles.

Au moment de l'opération, les douleurs étaient devenues si vives que tout travail était impossible. Il y avait une leucorrhée très abondante, et les règles venaient tous les quinze jours.

L'examen sous le chloroforme montra un utérus en rétroflexion. A gauche et en arrière, on sentait les annexes indurées, légèrement augmentées de volume et paraissant adhérentes. A droite, le cul-de-sac était libre, mais les annexes étaient prolabées dans le Douglas, indurées, mamelonnées.

Laparotomie, le 12 octobre 1892. A l'ouverture du ventre, il s'écoule un peu de liquide ascitique, puis, la main déchire quelques adhérences filamenteuses qui retiennent l'utérus en arrière. L'ovaire gauche est légèrement adhérent, il présente à sa surface une petite saillie du volume d'un gros pois, formé par un kyste sanguin, et trois autres petites saillies contenant un liquide séreux. Ces kystes sont incisés au thermocautère, et leur cavité cautérisée.

A droite, mêmes lésions, l'ovaire offre une forme spéciale, il est comme étiré suivant sa longueur, et la présence d'un kyste folliculaire sanguin à son extrémité interne lui donne un aspect moniliforme. Le kyste sanguin est ouvert et cautérisé au thermocautère.

L'utérus est fixé à la paroi abdominale par trois points de suture à la soie. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le Douglas pour assurer le drainage et servir de soutien à l'utérus.

Suites opératoires. — Très bonnes, mais la malade a continué de souffrir du ventre.

Suites éloignées. — Revue par M. Delaunay en 1893, elle accuse les mêmes douleurs qu'avant l'opération. L'examen démontre que les culs-de-sac étaient souples et indolores.

Cette femme est devenue enceinte vers le 10 octobre 1893. Sa grossesse fut normale, et n'a présenté aucun incident utile à noter. Elle a accouché en septembre 1894 d'un enfant vivant et bien constitué, de poids normal. Depuis cette époque, elle ne souffre, paraît-il, plus, du moins à ce que nous a affirmé M. le Dr Wallieh.

OBSERVATION X

(In thèse Delaunay.)

L. Fong., vingt-neuf ans, six grossesses dont une fausse couche à cinq mois.

La malade souffre depuis son premier accouchement il y a huit ans. Les douleurs siègent des deux côtés avec irradiation dans les jambes et les reins. La malade entre deux fois à l'hôpital pour ses douleurs et une leucorrhée survient deux mois après son premier accouchement.

On lui pratiqua la dilatation utérine et des injections de teinture d'iode. Les règles ont toujours été régulières, mais douloureuses depuis l'âge de dix-sept ans.

A l'examen, on trouve un utérus abaissé en rétroversion mobile. A gauche, l'ovaire est augmenté de volume, paraissant adhérent en arrière. A droite, l'ovaire est plus mobile et gros comme un œuf de pigeon. Trompes saines.

Laparotomie 29 octobre 1893. L'ovaire gauche est mollassé, gros, œdémateux. La trompe est saine. Douze points d'ignipuncture profonde; l'ovaire se trouve réduit d'un quart.

Quelques adhérences à droite, saillies à la surface de l'ovaire, constituées par des kystes folliculaires. Onze points d'igniponcture profonde. Trompe saine. Kystéropexie avec quatre points de suture.

Suites opératoires des plus simples.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie. Plus de douleurs.

Règles régulières et normales.

Suites éloignées.— Revue le 20 novembre 1894; devenue enceinte trois mois après l'opération. La grossesse à cours normal s'est terminée par un accouchement normal, le 24 janvier 1894.

L'enfant pesait 2 kg. 870 à sa naissance. Actuellement, il se porte bien. Malgré l'hystéropexie, cet accouchement a été tout à fait normal.

La cicatrice abdominale est restée solide, et il n'y a pas trace d'éventration.

L'examen pratiqué le 20 novembre 1894 a montré un utérus normal très mobile. On ne sent rien à gauche. A droite, on sent une petite tumeur dure, très mobile et non douloureuse.

Les douleurs ont complètement disparu et ne sont pas revenues depuis l'accouchement. Les règles sont absolument normales.

OBSERVATION XI

(Thèse Donnet, Paris, 1895.)

Marie D..., femme T..., trente-cinq ans, quatre accouchements normaux. A la suite du troisième, il y a onze ans, la malade a commencé à souffrir du ventre. Ces douleurs abdominales ont augmenté, et les règles sont devenues irrégulières à la suite de la quatrième grossesse il y a quatre ans.

On sent les annexes gauches formant une petite tumeur dure, mamelonnée.

Laparotomie, 10 février 1893. — Ablation des annexes gauches, résection partielle de l'ovaire droit.

Suites opératoires, bonnes. La malade quitte l'hôpital ne souffrant plus.

Suites éloignées. — Revue le 25 novembre 1894, la malade ne souffre plus du ventre. Ses règles sont régulières, moins abondantes qu'avant l'opération et non douloureuses.

La malade est devenue enceinte et a accouché le 12 septembre 1894 d'un enfant vivant pesant 3 kil. 200. Les couches ont été normales. La malade n'a pas souffert depuis son dernier accouchement.

OBSERVATION XII

(Du prof. Schatz, de Rostock, *Centralblatt für Gynäcologie*,
n° 23, p. 353, 1885.)

Il s'agit d'une femme âgée de vingt ans, les règles, apparues à treize ans, étaient peu abondantes, indolores, duraient trois jours et survenaient toutes les trois ou quatre semaines, sauf une scarlatine avec néphrite consécutive et une fièvre typhoïde à onze ans, après laquelle la malade aurait eu des fleurs blanches. Cette jeune femme a toujours joui d'une bonne santé.

En octobre 1879, après avoir porté un fardeau, apparition de vives douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, depuis, ces douleurs reviennent le premier jour de ses règles. Du reste, elles se manifestèrent aussi à droite après un effort.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 14 janvier 1880, la malade avait 105 centimètres de circonférence abdominale. Le kyste de l'ovaire gauche atteignait en haut le thorax, et en bas l'utérus. Frottement péritonéal sur la paroi antérieure de l'abdomen. L'ovariotomie est faite le 20 février 1880, sans accident. L'ovaire gauche, entièrement dégénéré est enlevé, ainsi que le tiers externe de la trompe. Le pédicule est lié avec une double anse de fil de soie.

L'ovaire droit, gros comme une noix, offre déjà nettement une dégénérescence kystique de ses follicules. On l'isole par trois ligatures placées entre lui et le ligament large, et on enlève les parties malades en ne laissant ainsi dans l'abdomen qu'un bord large

au plus de 2 millimètres et situé en dessous de la ligature. La trompe droite reste intacte, et le pédicule est abandonné.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Un peu de fièvre les premier et deuxième jours et, plus tard, petit abcès sur le trajet d'un point de suture.

Lors de la sortie de l'opérée, on constate que l'utérus est peu mobile et que la cicatrice abdominale est ferme et large de l'épaisseur d'un doigt. Des douleurs se font sentir assez fréquemment dans la région de l'S iliaque, ce qui fait penser à des adhérences intestinales.

Le 21 mars 1880, soit quatre semaines après l'opération, développement de douleurs vive paroxystiques dans les régions hypogastrique et iliaque droites avec vomissements. Cette crise dure quatre jours.

Mêmes accidents du 8 au 10 avril, puis le 8 mai, mais avec douleurs à gauche. Les règles ne reviennent que le 9 mai et durent trois jours, elles sont séreuses et peu abondantes. Elles reviennent le 31 du même mois, dans l'intervalle, la malade accuse des douleurs intermittentes dans la région inguinale gauche. Le 11 juin, à gauche et en arrière de l'utérus en antéflexion, on sent une tumeur de la grosseur d'une prune.

28 juin, apparition de vives douleurs dans la région sacro-lombaire, s'irradiant dans l'aîne gauche et disparaissant au moment des règles qui sont abondantes et durent six jours.

Depuis le 15 juillet, les règles apparaissent toutes les trois ou quatre semaines, durent quatre jours et sont sans douleurs.

En juin 1884, l'époque menstruelle dura quatorze jours, la malade était mariée depuis le 23 avril 1884.

Or, elle devint enceinte au milieu d'août, date de la dernière menstruation, et, le 12 mai 1885, l'opérée accoucha, après trente-six heures de travail et une application de forceps, d'une fille viable.

Thierfelder fit alors l'examen des ovaires extirpés depuis cinq ans et conservés dans l'alcool. L'ovaire gauche était atteint de la dégénérescence kystique ordinaire, quant à l'ovaire droit il pesait encore 7 gr. 50 et renfermait des kystes de la grosseur d'un pois.

Les ovules sont bien conservés, en sorte, dit l'auteur, qu'on peut en conclure que la partie laissée en place contient quelques ovules. En tout cas l'œuf n'a pu parvenir dans l'utérus que par la trompe de ce côté droit laissée intacte.

Cette observation prouve qu'une petite partie de l'ovaire peut entretenir la menstruation et rendre possible une grossesse si la trompe correspondante est intacte.

Nous ne pouvons pas relater tous les cas de grossesse ou de persistance des règles après castration double. La littérature médicale anglaise et américaine surtout nous fournit beaucoup d'exemples. Les auteurs rangent, parmi les causes de stérilité ou de plus ou moins de diminution dans la faculté de procréer, les dégénérescences kystiques des ovaires; on trouve encore un élément de cette diminution dans les dislocations, les déplacements, les adhérences des organes génitaux internes.

Le petit kyste de l'ovaire se place dans le cul-de-sac de Douglas ou dans la fossette rétro-ovarienne de Sappey. Quand il prend un grand développement il se lève le plus souvent au-dessus du petit bassin, il contracte des adhérences, il en résulte donc un déplacement utérin, une antéposition, rétro-position, inclinaison latérale et, d'autre part, une absence de rapport de la trompe avec l'ovaire, toutes causes qui mettront un obstacle à la réunion des ovules avec les spermatozoïdes.

Les statistiques faites pour évaluer la diminution dans la conception sont les suivantes :

Simpson : Chez les femmes mariées 1 sur 10 est stérile dans les conditions ordinaires.

Chez les femmes atteintes de tumeurs ovariennes, 1 sur 3 ou 4 est stérile, ce qui fait 25 à 33 pour 100.

Weit donne le chiffre de 34 pour 100 de femmes stériles avec tumeurs kystiques.

Martin donne aussi 34 pour 100.

Olshausen 16,8 pour 100.

Et Howitz 16,4 pour 100.

II. Kystes des ovaires pendant la grossesse.

— Les kystes de l'ovaire subissent des changements pendant la grossesse et aussi en dehors de l'état de gestation. Les différentes formes de kystes n'ont pas la même marche dans leur accroissement. Le kyste dermoïde est lent, le kyste prolifère est beaucoup plus rapide. La question de l'accroissement de ces tumeurs pendant la grossesse a fait l'objet de nombreuses discussions entre les gynécologues. Heiberg pense que les cas des kystes de l'ovaire qui ont grandi pendant la gestation ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse affirmer que les tumeurs de l'ovaire soient augmentées par l'état gravidique. Péan est d'un avis analogue. Koeberlé et Bierman pensent que les kystes restent stationnaires. Schröder avance que les kystes, ordinairement pendant la grossesse, s'accroissent fortement. Stoltz, Lomer, Olshausen et Spiegelber affirment que les kystes de l'ovaire augmentent de volume pendant la grossesse, sous l'influence du travail congestif qui s'opère dans les organes génitaux.

On peut conclure que les uns des auteurs considèrent l'augmentation du volume comme étant très faible, les autres admettent l'accroissement en réalité plus ou moins variable avec chaque cas, mais l'action de la gestation est incontestable.

Il est des cas où cet accroissement ne saurait être nié,

comme dans celui de Gross. Ruge cite un cas non moins probant¹. Spenser Wells, Pollock et Schröder notent dans leurs observations une augmentation rapide des tumeurs ovariennes.

La situation des kystes de l'ovaire par rapport à l'utérus gravide dépend, d'une part, par le volume et l'élévation, et d'autre part, par le volume du kyste et ses adhérences avec les parois et avec les organes contenus dans la cavité abdominale. Les petits kystes siègent dans le cul-de-sac de Douglas, symptôme important de diagnostic. On explique ce fait en faisant appel à la pesanteur et à la disposition anatomique de la région.

Les petits kystes, le plus souvent dermoïdes, peuvent encore siéger sur un côté de l'utérus, fixés quelquefois par des adhérences dans la fossette appelée par Olshausen du nom de *bursa ovarica*, comprise entre l'aileron postérieur et l'aileron moyen. On comprend facilement les difficultés que ces tumeurs pelviennes peuvent créer pendant la grossesse et surtout pendant l'expulsion. Les gros kystes siègent le plus souvent dans la cavité abdominale; ils reposent sur le détroit supérieur et sur les fosses iliaques. Ces tumeurs peuvent être déplacées par l'utérus gravide, qui se place à côté pendant son mouvement d'élévation; l'abdomen présentera alors une largeur extraordinaire. La situation des kystes ovariens ne se borne pas seulement aux deux modes que nous avons décrits. Ces tumeurs peuvent prendre différentes variétés de positions dépendant soit d'adhérences préexistantes à la grossesse,

¹ Sgourdéos, *De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire*, th., Lyon, 1898.

soit du développement simultané d'un kyste et de l'utérus gravide. M. Rémy, dans son excellente thèse d'agrégation, résume dans la formule suivante les caractères des kystes ovariens :

Kystes intrapelviens, troubles, accidents pendant l'accouchement.

Kystes abdominaux, malaises, accidents pendant la grossesse.

III. **Accidents du kyste pendant la grossesse.**

— Bien des femmes ont eu des kystes ovariens et des grossesses répétées sans aucun accident ; mais à côté de ces cas, pour ainsi dire bénins, on a noté des cas très graves et parfois mortels. Le kyste a sa pathologie. La grossesse et l'accouchement ont une influence bien évidente sur la production des accidents du kyste. A leur tour, ces accidents retentissent sur la grossesse et avec grand fracas. Une des premières manifestations morbides d'un kyste est la péritonite partielle avec adhérences dues aux frottements entre le kyste et l'utérus. La péritonite généralisée est la conséquence d'accidents du kyste, rupture, torsion du pédicule.

Hémorragie du kyste. — On aura les signes d'une hémorragie ou bien rien ne traduira au dehors cet accident.

Suppuration du kyste. — Elle peut succéder à une ponction, ou survenir sans cause appréciable ; dans ce dernier cas on la nommerait volontiers une suppuration insidieuse.

Rupture du kyste. — On a vu la rupture avec grossesse et sans état gravidique. La grossesse est considérée comme cause prédisposante ; la rupture survient soit pendant la grossesse, soit pendant le travail ou les suites de couches.

Deux ordres de causes président à la rupture des kystes ovariens : les causes prédisposantes qui sont l'inflammation du kyste à la suite des contusions et la torsion du pédicule ; les causes efficientes, qui sont les pressions, et les traumatismes que supporte le kyste. Pendant l'accouchement la compression du kyste par la tête fœtale est la cause fréquente de la rupture de ce kyste enclavé dans le petit bassin.

Torsion du pédicule. — On a vu deux variétés de torsion pendant la grossesse : la forme lente dans laquelle l'enroulement se produit petit à petit ; la circulation se fait encore et l'accident peut passer inaperçu ; la forme brusque dans laquelle la torsion se fait rapidement est très dangereuse. « Les grosses veines sont comprimées et le sang continue à affluer vers le kyste par les artères, congestion, exsudation de sérum, extravasation du sang dans le kyste et leur rupture, telles en sont les conséquences et tel est l'ordre dans lequel ces phénomènes se succèdent et, si l'on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie, la malade succombe promptement. Si la rotation est complète et persistante, les artères du pédicule sont étranglées et la gangrène est inévitable¹. »

IV. Kystes ovariens compliquant la gros-

¹ Spenser Wells.

sesse. — a) *Pendant la grossesse, avant le travail.* — Comme nous avons dit dans une page antérieure, tous les kystes ovariens ne sont pas fatalement prédestinés pour servir de sujet à des descriptions dramatiques et fournir des pièces pour les musées d'anatomie pathologique. Il y a des kystes qui laissent aller la grossesse jusqu'à terme et à plusieurs reprises, ce sont surtout les kystes peu volumineux. Le rôle des grands kystes n'est pas identique, l'élément volume entre en scène. A côté de la gêne causée par l'utérus gravide, s'ajoute la gêne provoquée par le kyste. La surdistension abdominale en est le premier phénomène. Il en résulte un refoulement des organes, des compressions, des malaises, des souffrances. Ce n'est pas seulement par leur volume que les kystes provoquent des désordres, leur siège y est pour beaucoup. Les petits kystes peuvent être soulevés par l'utérus dans son évolution gravidique, et déplacés sur un côté de l'abdomen, mais ils peuvent aussi rester dans la fosse de Douglas où on les diagnostique au moment de l'accouchement. Les kystes traduisent leur action sur l'utérus par des déplacements qui se présentent à l'observation sous différentes formes.

On peut y voir une légère déviation jusqu'à une véritable rétroversion de l'utérus ou un prolapsus. L'effet de toutes ces modifications de situation de l'utérus gravide est révélé par des malaises, des souffrances abdominales, des troubles du côté de la vessie et du rectum. L'utérus peut entrer prématurément en contractions et la femme est menacée d'avortement ou d'accouchement avant terme.

b) *Pendant le travail.* — Le mécanisme du travail se compose de trois éléments : 1° la contraction utérine aidée

par la pression abdominale; 2° le bassin obstétrical; 3° le fœtus.

L'harmonie dans le fonctionnement de ces trois facteurs est l'apanage de l'accouchement normal. Il s'agit à présent de trouver comment un kyste ovarique peut troubler le travail. L'action des kystes sur la contraction, suivant plusieurs auteurs, ne semble pas avoir une grande importance; on a noté dans quelques cas l'affaiblissement des contractions et la terminaison de l'accouchement par le forceps.

Ces faits appartiennent à des femmes chez lesquelles la tumeur était abdominale.

La tumeur pelvienne a une autre conduite, la contraction lutte contre un obstacle siégeant dans le bassin; il y a un obstacle à l'engagement du fœtus, l'utérus lutte contre cet obstacle et le muscle utérin finit par éclater.

Nous arrivons maintenant au temps de l'expulsion, voyons les rapports des kystes avec la filière pelvienne. Ces tumeurs sont dans l'excavation ou occupent en partie le détroit supérieur; nous avons vu que les petits kystes occupent le cul-de-sac de Douglas, et que l'utérus, en suivant son mouvement d'élévation, repousse la tumeur qui se place dans la cavité abdominale. Mais telle n'est pas toujours la règle. On peut voir l'enclavement du kyste dans la fosse de Douglas, phénomène dû le plus souvent aux adhérences. La consistance de ces kystes enclavés est variable au toucher, suivant leur nature prolifère ou dermoïde et suivant leur degré de tension.

La nature, qui a été très prévoyante à l'égard de l'homme, a pu souvent venir à bout des plus grandes difficultés; elle s'est créé un mécanisme pathologique qui

peut vaincre parfois tous ces obstacles en utilisant ses propres moyens suivant ces besoins. L'accouchement peut se terminer spontanément dans les cas suivants :

1° *Réduction spontanée de la tumeur pendant la grossesse.* — On suppose une femme avec un kyste enclavé, l'utérus gravide refoule peu à peu le kyste hors de l'excavation pelvienne ; à un moment donné, l'utérus, obturant le détroit supérieur, ne permet plus au kyste de redescendre. Cette manière de voir ne serait, d'après M. Remy qui avance cette idée, qu'une supposition pure et simple.

2° *Réduction spontanée de la tumeur pendant le travail.* — Späth en a vu trois cas, il s'agissait d'une primipare de trente-quatre ans, chez laquelle on sentait dans le côté droit de la voûte du vagin une tumeur fluctuante du volume du poing. Au début du travail elle se retira et un garçon vivant fut expulsé spontanément. La mère resta bien portante, mais elle avait dans l'hypocondre droit une tumeur indolore et mobile.

3° *Aplatissement.* — Le mot lui-même est assez explicite et nous dispense de descriptions inutiles.

4° *Rupture du kyste.* — Cet accident a été très bien traité l'année dernière par mon ami, le Dr Sgourdéos, dans sa thèse inaugurale¹, ce qui nous permet de n'y pas insister particulièrement.

5° *Descente de la tumeur devant la partie fœtale.* — C'est un phénomène que l'on observe surtout avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. Un kyste de l'ovaire ne pourrait descendre devant la partie fœtale qu'avec des délabrements énormes, soit du côté du vagin, soit du côté du

¹ Sgourdéos, th. Lyon, loc. cit.

rectum. Il n'y a pas d'observations qui puissent confirmer ces idées qui ne paraissent être que de simples vues d'esprit. M. Rémy a réuni soixante-quatorze cas de tumeurs kystiques qui étaient engagées dans l'excavation pelvienne; les femmes ont eu ensemble quatre-vingt neuf grossesses. Vingt-sept fois seulement l'expulsion se termina spontanément; dans les autres cas on dut intervenir. La délivrance se fait le plus souvent comme à l'ordinaire.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

I. **Kystes situés dans l'abdomen.** — Nous n'alons pas entreprendre ici la description des signes d'un kyste de l'ovaire, leur étude est faite dans les traités spéciaux.

Ce qui nous intéresse est de démontrer la difficulté de retrouver et de reconnaître ces signes abâtardis pour ainsi dire par la grossesse.

Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse demande à être posé dans des conditions bien différentes.

Dans une première série de cas, deux tumeurs se dessinent à travers l'abdomen. Il faut déterminer leur nature. Nous n'insistons pas sur les moyens ordinaires dont la clinique dispose pour faire ce diagnostic, cette variété clinique présente peu de difficultés. Nous mentionnerons en passant un phénomène sur lequel P. Dubois insistait beaucoup : dans certains cas, la palpation détermine une contraction passagère de l'organe utérin ; ce durcissement transitoire avec accentuation de la forme de l'organe permettra parfois de trancher le diagnostic. C'est ce qui a été appelé le signe de P. Dubois. Dans d'autres cas, l'abdomen est très distendu, il est impossible de sentir des

limites distinctes, on a de la matité, les phénomènes sympathiques de la grossesse, etc. On différencie alors une hydramnios avec un kyste de l'ovaire.

Enfin, dans d'autres cas, on ne reconnaît qu'une seule tumeur et on est exposé à ne faire qu'un diagnostic partiel. On peut avoir affaire à un kyste qui est placé devant l'utérus et qui le masque complètement ; la femme ne perçoit pas les mouvements de l'enfant, souvent le col est atteint très difficilement, et si l'on met l'aménorrhée sur le compte de l'affection ovarienne, on fait le diagnostic d'un kyste et on ne pense pas à la grossesse.

MM. Tarnier et Chantreuil¹ notent que les parois abdominales épaisses, chargées de graisses ou distendues par suite d'une accumulation d'urine dans la vessie, de gaz dans l'intestin, empêchent de bien sentir par la palpation le fond de l'utérus gravide.

II. Kystes situés dans l'excavation. — Ici le diagnostic doit nous renseigner sur trois points :

1^o *Sur l'existence d'une grossesse.* — On n'a des difficultés que dans les premiers mois pour l'établir.

2^o *Sur l'existence d'une tumeur qui remplit plus ou moins l'excavation pelvienne.* — On ne reconnaît le plus souvent ces tumeurs que pendant le travail. Cependant, il peut arriver que l'attention soit attirée par des malaises, des douleurs des reins, des douleurs pelviennes, des troubles de la miction ou de la défécation. Au toucher, on sent en arrière une tumeur qui fait bomber le cul-de-sac postérieur du vagin ; on peut constater de la fluctua-

¹ *De l'art des accouchements.*

tion par le toucher bi-manuel. En combinant le toucher rectal et vaginal, on reconnaît que la tumeur siège entre le rectum et le vagin. On différencie avec une rétroversion de l'utérus gravide. En cas de doute, un examen complet sous l'anesthésie rend de grands services.

3° *Sur la nature de la tumeur.* — Au moment du travail, le kyste pourrait être confondu avec d'autres tumeurs d'origine différente qui peuvent aussi, de leur côté, mettre obstacle à l'accouchement.

On insiste beaucoup sur le degré énorme de tension que peut prendre un kyste ovarique sous l'influence de la compression qu'il supporte pendant le travail. Cette sensation peut être assez forte pour lui donner les caractères d'une tumeur solide. On a confondu ces kystes avec un fibrome de l'utérus (Tarnier), avec une exostose (Beaudelocque).

La précaution que l'on prend de vider la vessie et le rectum fait éviter quelques causes d'erreur. D'autres tumeurs ovariennes peuvent descendre dans le cul-de-sac postérieur. Mais neuf fois sur dix, pour les tumeurs de l'ovaire, la tumeur n'est qu'un kyste.

Les auteurs signalent encore les tumeurs malignes, les fibromes utérins, les kystes hydatiques du petit bassin, etc., qui ont pu tour à tour induire en erreur les accoucheurs et les chirurgiens. Avant de terminer ce chapitre de diagnostic, nous devons mentionner un signe sur lequel insiste beaucoup M. le professeur Laroyenne, et qui est pathognomonique des kystes dermoïdes de l'ovaire, c'est la présence de vives douleurs qui présentent une particularité fort intéressante : la superficialité¹.

¹ Julhiet, thèse de Lyon, 1895.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Nous nous sommes assez expliqué, au cours de ce travail, sur les accidents qui menacent la femme pendant la grossesse et l'accouchement ; nous pouvons donc nous dispenser de faire un chapitre spécial sur le pronostic. Cependant, il serait intéressant de dire quelques mots sur le sort de l'enfant. La grossesse est souvent interrompue avant l'époque de la viabilité de l'enfant, ou bien c'est dans les derniers mois. Les moyens que les maternités fournissent aujourd'hui permettent la vie à ces nouveau-nés, mais la mortalité en est encore considérable. L'intervention chirurgicale pendant la grossesse et, dans notre point de vue, les ovariectomies ont été suivies d'une mortalité de 50 pour 100 pour les enfants. Le travail aussi assombrit beaucoup le pronostic pour la vie de l'enfant ; l'obstacle pelvien, les lenteurs du travail, les opérations nécessaires sont les causes de la mortalité. Les suites des couches pour la mère ne sont pas exemptes de dangers.

Quelle est la conduite qu'on doit tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique ? — Si nous consultons les auteurs à ce sujet, nous trouvons des opinions bien différentes. Les uns, décidés à ne jamais

opérer pendant la grossesse, conseillent de temporiser. Ils se basent sur les arguments suivants :

Les interventions chirurgicales revêtent un caractère grave pendant la gestation, et l'ovariotomie expose à la fois les jours de la mère et ceux du fœtus. En absence de tout accident, remettre l'intervention à une époque ultérieure. On a vu de nombreuses grossesses arriver à terme sans accidents malgré la coexistence de kystes ovariens volumineux. Baum, Benicke, Boinet, Spenser Wels, Lawson Tait, Kœberlé, Péan et d'autres encore en ont fourni des observations. La temporisation a ses cas favorables et de nombreux cas dangereux. Nous avons vu les accidents qui peuvent survenir soit du côté de l'utérus, soit du côté de la tumeur : suppuration, rupture, hémorragies du kyste, torsion du pédicule, péritonite, avortement, présentation vicieuse. C'est la gravité de tous ces dangers qui a poussé quelques chirurgiens à agir sans attendre l'apparition des accidents.

Les uns ont proposé d'interrompre la gestation, d'autres ont attaqué le kyste, soit par la ponction, soit par l'ovariotomie. Mais il s'en faut de beaucoup que ces trois modes d'intervention présentent les mêmes avantages. Barnes est un défenseur ardent de l'accouchement prématuré : « Convaincu, comme je le suis, qu'une femme dont la grossesse est compliquée par une tumeur ovarique est un danger imminent; que sa vie est menacée à chaque instant par quelque accident qui peut survenir assez soudainement pour ne pas nous laisser le temps d'agir, je suis très prononcé en faveur de l'élimination intentionnelle de la grossesse Barnes. » Cette pratique est abandonnée aujourd'hui par la majorité des accoucheurs. Les résultats qu'elle

donne sont peu satisfaisants : M. Rémy, dans sa thèse d'agrégation, rapporte que, sur onze cas de kystes compliqués de grossesse, l'accouchement provoqué a occasionné trois fois la mort de la mère et cinq fois celle de l'enfant. La ponction a trouvé beaucoup plus de partisans. Steltz, Doumeron, Treille, Leblond, Duplay, Eustache, Boinet et Ferrand, Polaillon recommandent d'y recourir dès que le kyste occasionne quelques accidents ; il est prouvé qu'une ponction faite avec toutes les précautions antiseptiques présente peu de dangers, et que répétée plusieurs fois, si l'utilité s'en fait sentir, elle permet à la grossesse d'arriver à terme. La ponction n'est pas toujours efficace, surtout quand il s'agit des kystes multiloculaires ou à contenu très épais. Ses inconvénients sont graves et nombreux : elle provoque des poussées de péritonite, des hémorragies du kyste ; elle détermine de la suppuration, facilite la torsion du pédicule et la formation d'adhérences ; on l'accuse encore d'affaiblir la femme, quand elle est répétée plusieurs fois, et d'exposer à l'avortement par blessure de l'utérus gravide. Les ovarioto-mistes savent que, dans les kystes multiloculaires, certaines loges à contenu très épais peuvent donner la sensation de tumeurs solides et rendre très difficile la recherche de l'utérus.

Il devient donc évident qu'au moment de la ponction le chirurgien soit parfois très embarrassé. Si, au lieu de ponctionner le kyste, il ponctionne l'utérus, il fait courir de grands dangers à la fois à la mère et à l'enfant. Enfin, lorsque la ponction est répétée plusieurs fois, de l'avis unanime des chirurgiens, elle favorise le développement d'adhérences, qui peuvent devenir la cause de grandes

difficultés dans l'ovariotomie que la femme subira ultérieurement. Nous n'avons relaté, jusqu'ici, que les accidents bénins et auxquels la ponction peut remédier. Les complications graves telles que la torsion du pédicule, la rupture, la suppuration, etc., pour la plupart conséquence d'une ponction mal faite, forcent la main du chirurgien et nécessitent l'intervention. On prévoit facilement qu'en pareil cas l'ovariotomie sera pratiquée dans de mauvaises conditions et donnera des résultats moins satisfaisants. Nous en concluons donc que la temporisation d'un kyste complique la grossesse et expose la malade à certains accidents, dont les uns exigent la ponction, les autres l'ovariotomie. La déduction logique sera de pratiquer l'ovariotomie. Les statistiques que nous trouvons dans la thèse de Rémy nous donnent, dans les cas d'ovariotomie pendant la grossesse, 19,4 pour 100 de mort pour la mère et 50 pour 100 de mort pour l'enfant.

Spenser Wells, sur onze cas, a obtenu onze fois la guérison de la mère, et deux fois seulement l'avortement est survenu. Lawson Tait a opéré dix femmes et toutes ont guéri et accouché à terme. Nous avons cherché dans les observations de la clinique de M. le professeur Fochier et nous avons trouvé deux cas d'ovariotomie pendant la grossesse.

L'opération a parfaitement réussi et les malades sont sorties parfaitement guéries. Nous ne pourrions pas affirmer si elles ont accouché à terme. M. le professeur Laroyenne a opéré un cas dont l'observation a été publiée ¹. Les suites de l'opération ont été très satisfaisantes et la

¹ *Lyon Médical*, 1880.

femme a accouché à terme. M. le professeur agrégé Condamin a opéré aussi une malade, il y a quatre ans, d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse. L'intervention a été couronnée par le succès.

Une autre malade a été également opérée par M. Condamin, au mois de janvier, pour un kyste du ligament large avec grossesse ; l'opération n'a pas interrompu la gestation, et la malade a supporté parfaitement bien la laparotomie.

Ces faits plaident donc en faveur de l'ovariotomie d'emblée, qui évite à la femme les nombreux accidents que le kyste peut provoquer, soit pendant la grossesse, soit au moment du travail.

A quel moment doit-on intervenir ?

Pour répondre à la question, nous allons consulter les statistiques.

Les statistiques démontrent que les chances pour la mère et le fœtus sont les plus grandes quand on opère dans les quatre à cinq premiers mois de la grossesse. Si, chez une femme porteur d'un kyste de l'ovaire, on soupçonne un début de gestation, il vaut mieux, s'il n'y a pas d'accidents, attendre que la grossesse arrive au quatrième ou cinquième mois. Après le sixième mois, les chances diminuent pour le fœtus.

Nous abordons à présent les différents temps de l'ovariotomie pour indiquer les précautions particulières à prendre par suite de la gravidité. L'emploi du spray est aujourd'hui supprimé, les inconvénients des vapeurs phéniquées de refroidir la malade et quelquefois de déterminer les contractions de l'utérus gravide sont des raisons suffisantes pour justifier cette mesure. L'incision abdo-

minale faite sur la ligne médiane sera courte; la ponction de la tumeur doit être entourée de toute l'attention de la part du chirurgien, pour s'assurer que c'est le kyste et non pas l'utérus qui sera ponctionné.

Le pédicule doit être surveillé particulièrement à cause de ses vaisseaux hypertrophiés. Il faut effectuer rapidement la toilette du péritoine et en ayant soin de toucher le moins possible l'utérus. Il faut éviter d'exercer le moindre frottement sur l'utérus. Si, au cours de l'opération, l'utérus est blessé, il vaut mieux l'évacuer et en pratiquer la suture. Le lavage du péritoine à l'eau bouillie et filtrée, en cas de rupture du kyste, peut rendre de grands services. La température de l'eau ne doit pas dépasser 30 degrés, car, au delà, elle pourrait provoquer la contraction de l'utérus et l'avortement consécutif. Si le kyste présente beaucoup d'adhérence et qu'on laisse une partie dans l'abdomen, il faudra recourir au drainage de la poche. La suture abdominale peut être faite en un ou plusieurs étages; il arrive parfois que, malgré toutes les précautions, il se fait une éventration. Le pansement doit être serré sans se préoccuper du fœtus. M. Pinard a préconisé l'emploi des injections de morphine faites immédiatement après l'ovariotomie pour empêcher les contractions de l'utérus. Les auteurs recommandent aux femmes qui ont subi l'ovariotomie pendant la grossesse le repos au lit pour longtemps.

Nous nous sommes assez étendu sur le traitement des kystes de l'ovaire abdominaux; il est indispensable, pour être complet, de faire la part du traitement des kystes obstruant le petit bassin.

Pendant la gestation, les petits kystes de l'ovaire peu-

vent être modifiés par les différents procédés que nous allons passer en revue.

Refoulement de la tumeur ou réduction. — Le médecin essaie par des pressions exercées, soit par le vagin, soit par le rectum, de faire remonter dans l'abdomen une tumeur située dans le pelvis.

Ponction par le vagin. — Elle présente des avantages et des inconvénients ; suivant quelques auteurs, elle serait plutôt dangereuse ; elle ne doit être pratiquée que dans les cas d'absolue nécessité. M. le professeur Fochier a indiqué la précaution de chauffer toujours le trocart afin d'éviter la coagulation possible du contenu du kyste.

Avortement ou accouchement prématuré artificiel. — On ne peut pas, d'après les auteurs, pas plus ici que précédemment, en faire une méthode absolue ; il est certain que, dans ce cas, les difficultés sont plus grandes, mais c'est au médecin de distinguer parmi les cas et d'agir suivant les indications. En principe, l'accoucheur doit chercher à sauver les deux existences ; il devra donc s'adresser au kyste.

Le refoulement et la ponction peuvent réussir ; en cas d'échec, que reste-t-il à faire ? On a à choisir entre les trois méthodes suivantes : 1^o la provocation du travail ; 2^o l'incision large du kyste ; 3^o attendre le terme et tenir la conduite indiquée en présence des difficultés qui s'y montrent. La provocation du travail peut avoir lieu à différents temps de la gravidité. Dans les six premiers mois un avortement sacrifie l'enfant. Dans les trois derniers, un accouchement prématuré donne un enfant viable. Chaque fois que l'on peut attendre la viabilité du fœtus, on doit le faire. Mais nous supposons qu'une femme enceinte a

son bassin obstrué par une tumeur irréductible, faut-il compter sur l'accouchement prématuré artificiel dans ce cas ? Si nous consultons les auteurs, nous voyons que les uns se prononcent en sa faveur quand la réduction et la ponction ont été sans résultat. Les autres proposent l'interruption de la grossesse pour les cas où l'extirpation et la ponction ne sont pas praticables.

Mais il y a une autre série d'accoucheurs qui pense que si les tumeurs obturatrices du bassin sont irréductibles, l'accouchement prématuré à sept ou huit mois est encore impossible et on aura recours à la craniotomie pour faire passer l'enfant. Admettons que la femme pourra passer quand même, la longueur du travail et les autres difficultés qui peuvent se présenter compromettront sûrement sa vie. Devant toutes ces difficultés, les médecins n'ont vu leur dernière ressource que dans l'avortement provoqué et l'opération césarienne faite au moment de l'accouchement à terme. La majorité des accoucheurs n'hésite pas à se prononcer en faveur de l'avortement provoqué.

Incision et ovariectomie. — Ces méthodes qui n'ont été pratiquées que très rarement ne donnent pas d'exemples suffisants qui permettent de voir l'utilité d'une ovariectomie pour désobstruer un bassin occupé par une tumeur chez une femme enceinte de six à huit mois. Dans ces cas l'utérus gravide rendrait excessivement difficile l'accès de la fosse de Douglas.

Conduite à tenir pendant le travail. — Les interventions pour une tumeur kystique obturant plus ou moins les voies de l'accouchement se font le plus souvent au moment du travail. L'attention doit être éveillée au sujet du diagnostic dans ces cas. Plus d'une fois beaucoup de

grands accoucheurs ont été induits en erreur par les kystes de l'ovaire et surtout des dermoïdes au moment du travail. Pendant les contractions de l'utérus ces tumeurs deviennent très dures; dans l'intervalle des contractions elles reprennent souvent leur mollesse. Les grandes indications sont les suivantes :

Observer les faits des contractions utérines, dégager les voies de l'accouchement et, si l'on n'y arrive pas, agir comme en présence d'un rétrécissement osseux du bassin.

Refoulement de la tumeur pendant le travail. —

Cette méthode a eu bien des succès. Dans les observations on voit que quelquefois le refoulement a été suivi d'une application de forceps, ceci tient à ce que l'utérus fatigué ne se contractait pas suffisamment pour terminer l'expulsion de l'enfant, mais il ne s'agissait nullement de rétrécissement. Le refoulement peut être suivi d'une version ou d'une application de forceps dans les cas où il y a lieu de redouter de voir la tumeur redescendre et barrer de nouveau les voies.

Les accoucheurs ont employé diverses méthodes pour le refoulement.

Ils mettent la femme dans la position gènu-pectorale, alors avec deux ou quatre doigts introduits dans le vagin on refoule la tumeur pendant l'intervalle des contractions; parfois la manœuvre est faite par le rectum. Ces méthodes sont douloureuses; pour y remédier on a eu recours avec succès à l'anesthésie. Le ballon de Barnes placé dans le rectum a été proposé dans le même but. Les dangers du refoulement sont connus, nous n'y revenons pas.

Ponction du kyste. — Quand le refoulement ne réussit

pas, qu'une tumeur occupe le détroit supérieur ou l'excavation, il est indiqué de faire la ponction. La ponction a permis souvent de terminer un accouchement rapidement, mais parfois elle a eu aussi des suites désastreuses. L'écoulement du contenu dans le péritoine est un danger réel de la ponction.

L'opération a été pratiquée le plus souvent par le vagin et, dans certains cas rares, par le rectum.

Incision du kyste. — Cette méthode souleva de grandes discussions parmi les accoucheurs; elle a fait ses victimes, mais elle a eu cependant quelques cas heureux.

Forceps et version. — Les cas dans lesquels il faut avoir recours au forceps ou à la version sont excessivement embarrassants et les dangers sont très grands. Le kyste, sur lequel doit porter la pression exercée par la tête poussée contre l'obstacle, peut s'enflammer pendant la puerpéralité ou, pressé entre la tête et la paroi osseuse, il peut éclater dans le péritoine et provoquer une péritonite très grave; ou bien, poussé devant la tête, il perfore la voûte vaginale et le rectum. La situation est toujours critique. Cependant, il faut tenir compte, dans ce cas, que la tumeur est plus ou moins élastique et dépressible et que la ponction peut réduire le volume du kyste et diminuer la gravité de cette extraction.

Quand l'accouchement ne se termine pas spontanément, on a conseillé de faire l'extraction, soit avec le forceps, soit par la version. Les auteurs ne reconnaissent pas plus d'avantages à l'une qu'à l'autre de ces opérations.

Dans les cas où la version était impossible, le forceps amena un enfant.

Le forceps ne réussit pas toujours, on a eu alors recours à la craniotomie.

La version n'est pas sans danger non plus ; l'introduction de la main en refoulant le kyste peut le déchirer, le passage de l'enfant peut produire le même accident.

D'après les statistiques, le forceps semble préférable, parce qu'il a conservé plus d'enfants à la vie et parce qu'il permet de maintenir la tête engagée aussitôt que le refoulement a réussi.

Craniotomie et opération césarienne. — Quand tous les moyens que nous avons passés en revue ont échoué, et cela arrive surtout avec les kystes dermoïdes, le fœtus ne peut plus sortir de l'utérus que réduit de volume ou bien par une voie nouvelle. Le plus souvent le fœtus étant mort, on a recours à la craniotomie. Quand l'enfant est vivant, l'opération césarienne est indiquée. Ces deux opérations, dans les circonstances actuelles, sont excessivement dangereuses parce que la mère est épuisée par la longueur du travail, le kyste est contusionné, en partie déchiré, l'inflammation a pu déjà envahir l'utérus, le péritoine et les chances de salut sont minimales pour la mère. L'opération césarienne est réservée pour les cas de rétrécissements infranchissables du bassin ; il est certain que, pratiquée de bonne heure, elle donnerait ici les mêmes résultats que dans les rétrécissements osseux du bassin. Mais on n'est appelé à intervenir que très tard ; lorsque la mère est épuisée, l'opération devient très grave.

Markwald dans ce cas exprima l'opinion qu'il fallait faire la laparotomie pour essayer l'ovariotomie, en se trouvant prêt à faire l'opération césarienne.

CONCLUSIONS

I. Les kystes de l'ovaire tant prolifères que dermoïdes doivent être considérés comme de véritables tumeurs à tissus multiples. Ces tumeurs, d'après M. Bard, ont une origine unicellulaire et la cellule initiale est ici la cellule nodale de l'embryon.

II. Les ovarites et surtout l'ovarite diffuse et la dégénérescence microkystique et sclérokystique ne sont pas incompatibles avec la conception. Ce fait a inspiré à quelques chirurgiens l'idée de pratiquer des opérations conservatrices sur les ovaires ; mais il est indispensable que la trompe correspondante soit perméable, pour qu'on puisse songer à pratiquer sur l'ovaire, des opérations partielles.

III. La grossesse peut parfaitement bien exister avec des lésions doubles des ovaires ; ces lésions peuvent être représentées depuis un petit kyste unilatéral jusqu'à la dégénérescence complète des deux ovaires avec d'anciennes adhérences péritonéales.

IV. L'examen histologique des pièces enlevées au cours de la laparotomie a révélé l'existence de quelques portions de tissu ovarien sain, ce qui peut nous expliquer la possibilité de la gestation.

V. Les complications que les kystes de l'ovaire produisent pendant la grossesse sont parfois insignifiantes et l'accouchement peut s'effectuer spontanément, grâce à un mécanisme pathologique que se crée la nature avec ses propres moyens ; mais, le plus souvent, les complications causent des accidents terribles et obligent l'accoucheur à intervenir.

VI. Le vrai traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse est l'ovariotomie. Elle doit être pratiquée entre le quatrième ou cinquième mois de la parturition, car si l'intervention est faite trop tôt ou trop tard, on risque de voir, soit un avortement immédiat, soit de grandes difficultés opératoires et un accouchement prématuré.

VII. L'ovariotomie, pendant la grossesse, doit être l'objet des plus grands soins et des attentions les plus minutieuses de la part du chirurgien, car c'est là où est basé le succès opératoire.

VIII. Pendant le travail, le refoulement des kystes pelviens ne devra être pratiqué qu'avec la plus grande modération.

IX. La ponction, malgré les inconvénients qu'on lui impute, a rendu de grands services dans quelques cas.

X. L'opération césarienne sera faite quand, au moment du travail, on s'apercevra de l'existence d'un kyste pelvien, rétrécissant la filière à tel point que l'enfant ne puisse la traverser sans danger certain. Les chances de succès dans l'opération césarienne seront d'autant plus grandes que la femme sera moins épuisée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- POZZI, Traité de gynécologie, 1897.
- LAWSON TAIT, Traité des maladies des ovaires, 1886.
- TRÉVOUX, thèse de Lyon, 1888.
- JULHIET, thèse de Lyon, 1895.
- SGOURDÉOS, thèse de Lyon, 1898.
- DE SINÉTY et MALASSEZ, Archives de physiologie, 1878-79-80-81.
- SCRÖDER, Maladie des organes génitaux de la femme, 1886.
- POUPINEL, De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire, th. de Paris, 1886.
- RÉPIN, De l'origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire, th. Paris, 1991.
- KÆBERLÉ, Maladies des ovaires.
- RÉMY, thèse d'agrégation, 1886.
- BARD, Gazette hebd. de méd. et de chir., 1893.
- SPENSER WELLS, Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, 1883.
- SEGOND, Encyclopédie de chirurgie.
- L. CHAMPIONNIÈRE, Lymphatiques utérins, th. Paris, 1870.
- CORNIL et TERRILLON. Archives de physiologie, 1887.
- BONNET et P. PETIT, Traité pratique de gynécologie.
- COUZETTE, Ovaires à petits kystes, th. Paris, 1890.
- DELAUNAY, Des opérations conservatrices de l'ovaire, th. Paris, 1892.
- DONNET, Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, th. de Paris, 1895.
- ORMIÈRES, thèse Paris.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Considérations sur les kystes de l'ovaire.	7
I et II. — Kystes proligères ou prolifères.	8
Pathogénie des kystes proligères de l'ovaire	8
III. — Kystes dermoïdes	10
Origine des kystes dermoïdes	10
IV. — Kystes paraovariens	13
CHAPITRE II. — Aperçu général sur quelques ovarites	15
Lésions des ovaires	15
Physiologie pathologique.	17
Ovarite chronique.	20
CHAPITRE III. — La grossesse et ses rapports avec les kystes doubles et les ovarites	22
I. — La grossesse est-elle possible avec des lésions ovariennes bilatérales ?	24
II. — Kystes des ovaires pendant la grossesse	50
III. — Accidents du kyste pendant la grossesse	52
Hémorragie du kyste.	52
Suppuration du kyste	52
Rupture du kyste	53
Torsion du pédicule	53

IV. — Kystes ovariens compliquant la grossesse . .	53
a) Pendant la grossesse, avant le travail . . .	54
b) Pendant le travail.	54
CHAPITRE IV. — Diagnostic	58
I. — Kystes situés dans l'abdomen.	58
II. — Kystes situés dans l'excavation	59
CHAPITRE V. — Traitement	61
Quelle est la conduite qu'on doit tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarien ?	61
A quel moment doit-on intervenir ?	65
Refoulement de la tumeur ou réduction	67
Ponction par le vagin.	67
Avortement ou accouchement prématuré artificiel.	67
Incision et ovariectomie	68
Conduite à tenir pendant le travail.	68
Refoulement de la tumeur pendant le travail . .	69
Ponction du kyste.	69
Forceps et version.	70
Craniotomie et opération césarienne	71
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77

